
A 3 9015 00382 766 7
University of Michigan – BUHR

In unserem Falle haben wir also zwei ein
Krankheiten vor uns. Dabei ist anzunehmen,
Erbanlage von der väterlichen Sippe stam
Muskelerkrankung aber vermutlich von der
In der Generation II sind diese beiden Teil
gestoßen und haben mit großer Heftigkeit zur
Die schizophrene Anlage sowohl als die Anlag
traf ein ungünstiges genotypisches Milieu an
vollen Wirkung kommen. In dieser Generatio
Mitglieder an Schizophrenie und zwei an ne
Bei II, 1 hat die ungünstige Erbanlage zum
Parkinsonismus geführt, dabei ist der Lues e
kung zuzuschreiben.

Wir sehen, wie sich ein schleichendes Unhei
forterbte, um plötzlich in der Generation II i
offen in Erscheinung zu treten. In Generation
neue Abartigkeiten. I, 1 beging Selbstmord un
Sinne *Kretschmer*s schizoid.

Aufgabe der zukünftigen Forschung, insbeso
lingsforschung wird es sein, noch genauere A
Erblichkeitsverhältnisse bei der a. L. zu geben.
logische Untersuchung aller erreichbaren Sip
angestrebt werden.

Zusammenfassung

Aus der eingehenden Schilderung und aus d
Sippe gewinnen wir den Eindruck, daß es dur
treffen von zwei geschädigten Keimmassen z
Auftreten von Schizophrenien und neurologisch
erkrankungen gekommen ist. Im Falle unser
möglicherweise die Anlage zur Muskelatroph
Schizophrenie beeinflußt und umgekehrt, so
krankungen manifestierten. Die Lues des Brud
fand ebenfalls ein ungünstiges genotypisches Mi
so zur auslösenden Ursache eines Parkinsonismus
entwickelte sich eine reine Schizophrenie bei
körperlichen Mißbildung, bei den Kindern de
schizoide Psychopathie.

Schrifttumverzeichnis

Biro, *M.*, Zbl. Neur. 61 (1932). — *Bremer*, *F. W.*,
(1922), Verh. dtsch. Ges. inn. Med. 1934. — *Bumke* ur

ıaben wir also zwei einzeln
Dabei ist anzunehmen, daß
väterlichen Sippe stammt.
ɔer vermutlich von der mü
I sind diese beiden Teilanla
ıit großer Heftigkeit zur Er
age sowohl als die Anlage zu
genotypisches Milieu an u
men. In dieser Generation II
ɔphrenie und zwei an neur
ıgünstige Erbanlage zum M
ıhrt, dabei ist der Lues ein

h ein schleichendes Unheil
ich in der Generation II in
g zu treten. In Generation I
I, 1 beging Selbstmord und
schizoid.
ünftigen Forschung, insbeson
es sein, noch genauere A
nisse bei der a. L. zu geben.
ung aller erreichbaren Sipp

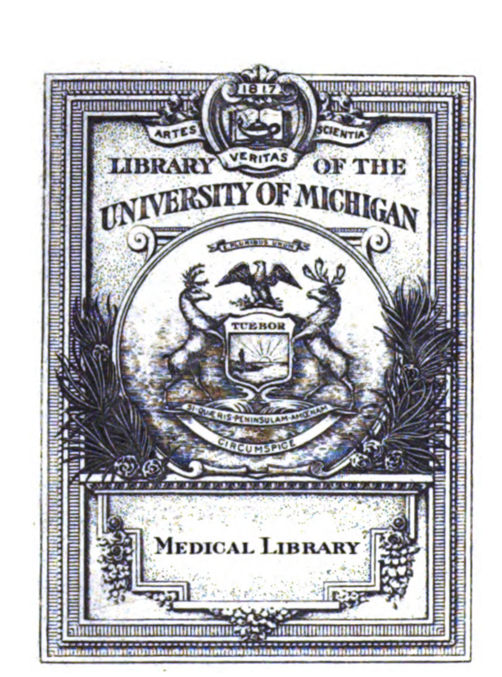
Zusammenfassung

nden Schilderung und aus d
ir den Eindruck, daß es du
geschädigten Keimmassen
izophrenien und neurologisch
ommen ist. Im Falle unse
e Anlage zur Muskelatroph
influßt und umgekehrt, so
festierten. Die Lues des Br
ungünstiges genotypisches M
Ursache eines Parkinsonismus
eine reine Schizophrenie be
bildung, bei den Kindern d
pathie.

Schrifttumverzeichnis

eur. 61 (1932). — *Bremer, F.* W
Ges. inn. Med. 1934. — *Bumke*

ɔr Neur. Bd. 16 (1938). — *Curtius, F.*, Neur. 126 (1933). — Med. Welt 14 934). — *Hassin, B. G.*, Mschr. Psychiatr. 86 (1933). — *Helfand*, J. nerv. is. 78 (1933). — *Kalinowsky*, Zbl. Neur. 53 (1929). — *Luxenburger*, Vererb. r psych. Störungen. Handb. d. Geisteskrankh. Erg.-Bd. (1939). — *Marburg*, , Festschrift Marinesco (1933). — *Meyer*, 53. Vers. d. südwestdtsch. Neur. Psych. (1928). — *Montanaro, Lopez*: Zbl. Neur. 62 (1932). — *Munch, etersen*, Acta psychiatr. 6 (Kopenh.). — *Ornsteen*, J. nerv. Dis. 72 (1930). — *askint, H.* u. *T. Stone*, Arch. of Neur. 30 (1933). — *Porta, V.*, Riv. Neur. 5 932). — *Recktenwald*, Z. Neur. H. 3/4 (1920). — *Rütenik*, Arch. Psychiatr. 7 (1938). — *Salus*, Arch. Psychiatr. 104 (1936). — *Schaffer*, Arch. Psychiatr. (1926), 86 (1929), 79 (1930), 96 (1931). — *Spielmeyer, W.*, Jb. Psych. 51. — *hums, K.*, Z. Konstit.lehre 16 (1932). — *Trautmann, E.*, Z. f. Neur. 154 935). — *Tscherning*, Z. f. Neur. (1921). — *Turner*, Brain 1894. — *Whitaker, de Aguiar*, Rev. neur. de Sao Paulo (1936). — *Westphal*, Arch. Psychiatrie (1925).


1817
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND IHRE GRENZGEBIETE

GEGRÜNDET 1844 VON DAMEROW, FLEMMING UND ROLLER

OFFIZIELLES ORGAN DER GESELLSCHAFT DEUTSCHER NEUROLOGEN UND PSYCHIATER (PSYCHIATRISCHE ABTEILUNG) MIT BEILAGE »ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE«

Unter Mitwirkung von

F. AST-München / J. BERZE-Wien / K. BONHOEFFER-Berlin / M. FISCHER-Berlin-Dahl. / A. GÜTT-Berlin / K. KLEIST-Frankfurt M. / E. KRETSCHMER-Marburg / P. NITSCHE-Sonnenstein / K. POHLISCH-Bonn / H. REITER-Berlin / E. RÜDIN-München / C. SCHNEIDER-Heidelberg

herausgegeben von

HANS ROEMER

STUTTGART

Hundertsiebzehnter Band



BERLIN 1941

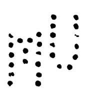
WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

Es wurden ausgegeben:

Heft 1/2 (S. 1—160) am 15. I. 1941

Heft 3/4 (S. 161—384) am 26. III. 1941



Archiv-Nr. 58 05 41

Printed in Germany

Druck von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 35

Inhalt

Autorenregister

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND IHRE GRENZGEBIETE

GEGRÜNDET 1844 VON DAMEROW, FLEMMING UND ROLLER

OFFIZIELLES ORGAN DER GESELLSCHAFT DEUTSCHER NEUROLOGEN UND PSYCHIATER (PSYCHIATRISCHE ABTEILUNG) MIT BEILAGE »ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE«

herausgegeben von

HANS ROEMER

ILLENAU

Hundertsiebzehnter Band - Heft 1/2

Ausgegeben am 15. Januar 1941



BERLIN 1941

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete Band 117 / Heft 1/2

Inhalt



Max Fischer
geb. 25. Juni 1862, gest. 8. Juli 1940

Max Fischer †

Am 8. Juli 1940 ist der Geheime Medizinalrat Dr. med. *Max Fischer* im Alter von 78 Jahren nach kurzer, schwerer Krankheit in Berlin gestorben. Annähernd 40 Jahre ist er im badischen Staatsdienst gestanden und während dieser Zeit vor allem als ärztlicher Erbauer und erster langjähriger Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch weiten Kreisen bekannt geworden. Nachdem er die gesetzliche Altersgrenze erreicht hatte, verbrachte er die letzten 13 Jahre seines Lebens in Berlin-Dahlem, wo er am Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik eine lebhafte Tätigkeit entfaltet und zahlreiche Arbeiten veröffentlicht hat.

Max Fischer ist am 25. Juni 1862 als Sohn eines badischen Bezirksarztes in Pforzheim geboren. Er besuchte das Gymnasium in Mannheim und studierte an den Universitäten Heidelberg und München. Nach der ärztlichen Approbation in München 1988 war er als Assistenzarzt am Städtischen Krankenhaus in Karlsruhe tätig. Am 20. Oktober 1889 trat er als junger Arzt in die Badische Heil- und Pflegeanstalt Illenau ein und widmete von da an sein ganzes erfolgreiches Berufsleben der badischen Anstaltspsychiatrie. Vorübergehend an der Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen, wo er 1894 etatmäßig angestellt wurde, beschäftigt, kehrte er nach weiterer ärztlicher Ausbildung im Jahre 1898 an die Anstalt Illenau zurück. Schon frühe widmete er sich den Fragen des Anstaltsbauwesens mit besonderer Vorliebe: so war er an der baulichen Erneuerung der Anstalt Illenau um die Jahrhundertwende stark beteiligt und wurde damals als Mitarbeiter an dem von *Kolb* herausgegebenen „Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten" beigezogen.

In der Denkschrift der badischen Anstaltsdirektoren über den Stand der Irrenfürsorge in Baden vom Jahre 1901, an der *Fischer* wesentlich mitgearbeitet hatte, war die Notwendigkeit weiterer Anstaltsplätze für Baden überzeugend nachgewiesen worden. Auf Grund hiervon beschloß der Badische Landtag 1902 den Bau zweier weiterer Anstalten und zwar zunächst einer Anstalt für Nordbaden in Wiesloch bei Heidelberg, und *Fischer* wurde vom

Ministerium zum psychiatrischen Sachverständigen bei der Planung und Durchführung dieser Neugründung berufen. Er löste diese Aufgabe in vorbildlicher Weise und wurde Juli 1904 zum Direktor von Wiesloch ernannt. Nachdem er an der Umarbeitung des Bauplanes mitgewirkt und Ende 1904 zahlreiche deutsche Anstalten besichtigt hatte, trat *Fischer* im Juli 1905 den Dienst in Wiesloch an. Von da an hat die schönste und kraftvollste Zeit seines Wirkens der Tätigkeit als Direktor und Organisator dieser Anstalt, die er über 20 Jahre geleitet hat, gegolten.

Wiesloch wurde im ersten Bauabschnitt 1905 eröffnet, dann bis 1913 weiter ausgebaut und mit der Errichtung des „gesicherten Hauses" im Jahre 1914 fertiggestellt. Daneben wurde *Fischer* von der Regierung 1904 mit der psychiatrischen Mitwirkung bei der Planung und Errichtung der Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz, die für den Bodenseekreis 1913 eröffnet wurde, sowie 1909 mit der Ausarbeitung des Bauprogramms für eine weitere auf 2000 Kranke berechnete Großanstalt, die für Mittelbaden bei Rastatt erstellt werden sollte, betraut; der Baubeginn nach dem bis in alle Einzelheiten ausgeführten Plan stand unmittelbar bevor, als der Weltkrieg ausbrach und dann durch seine Auswirkungen diese Neugründung entbehrlich machte. Wurde Wiesloch das Beispiel einer neuzeitlichen Pavillonanstalt in ihrer ausgeprägtesten Form, das ähnlich wie die nach *Vockes* Plänen gebaute Anstalt Eglfing-Haar in ihrer allzuweiten Ausbreitung die Überspannung eines an sich richtigen Grundsatzes darstellt, so darf die Anstalt bei Konstanz in ihrer übersichtlichen Anordnung der Krankenhäuser auch heute noch als vorbildliche Lösung angesprochen werden. *Fischer* hat die reichen baulichen und technischen Erfahrungen, die er bei diesen Sonderaufgaben sammeln konnte, in zahlreichen Vorträgen und Veröffentlichungen niedergelegt und wurde so zu einem der gesuchtesten Sachverständigen beim Bau deutscher und außerdeutscher Heil- und Pflegeanstalten. Das „Wieslocher Normalfenster" fand vielfach Eingang. Zahlreiche Psychiater, Architekten und Techniker aus aller Welt suchten die Anstalt Wiesloch auf, um sich von *Fischer* sachkundig beraten zu lassen.

Sein unablässiges Bestreben galt der Vervollkommnung der Technik seines Anstaltsbetriebes und der Organisation des Anstaltswesens. Dabei haben ihn die sozialen und rechtlichen Belange der Geisteskranken von jeher besonders beschäftigt. So behandelte er in seinen zahlreichen Veröffentlichungen u. a. den Schutz der Geisteskranken in Person und Eigentum, den Ausbau der Irrenstatistik, die Erfahrungen mit dem badischen Irrenfürsorgegesetz,

die Benennung der Krankenhäuser für Geisteskranke, die einheitliche Gestaltung der Jahresberichte der Irrenanstalten, die Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses und die Herausgabe der Krankengeschichten an Behörden, das Briefgeheimnis sowie das Wahlrecht der Anstaltskranken. Vor allem war ihm die wirksame Durchführung der Arbeitstherapie angelegen; er hat ihre Dringlichkeit vom ärztlichen wie wirtschaftlichen Gesichtspunkt immer nachdrücklich vertreten, so daß die Beschäftigung der Kranken in Wiesloch von Anfang an zum festen Bestand des von all' den zahlreichen Besuchern anerkannten Musterbetriebes gehört hat.

Es ist für *Fischers* klaren Weitblick bezeichnend, daß er über der Lösung der bautechnischen Aufgaben die vom Betrieb der geschlossenen Großanstalt drohende Gefahr einer erstarrenden Absonderung der Kranken vom freien Leben nicht übersehen und die Dringlichkeit seiner Ergänzung durch die freien Verpflegungsformen erkannt hat. So hat er in der Umgebung seiner Anstalt eine Familienpflege eingerichtet und bei der Einführung der Offenen Fürsorge in Baden durch *Roemer* nach dem Beispiele *Kolbs* als Erster Fürsorgestellen in der Anstalt und in Mannheim geschaffen, die für die anderen Gegenden des Landes vorbildlich geworden sind.

Für die beruflichen und wirtschaftlichen Belange des Ärzte- und des Pflegepersonals ist *Fischer* bei der Behörde stets nachdrücklich eingetreten; diese Bemühungen sind naturgemäß nur wenig an das Licht der Öffentlichkeit gelangt, ja den Beteiligten selbst kaum richtig bekannt geworden.

Die treibende Kraft bei alledem war für *Fischer* stets der Gedanke des verantwortungsbewußten Arztes an die seiner Betreuung anvertrauten Kranken, für deren Wohl er unermüdlich besorgt war. Er ließ sich dabei von den großen Vorbildern der Illenauer Schule leiten, zu der er sich stets mit Stolz bekannt hat. Es waren dies *Christian Roller*, der schöpferische Organisator, *Karl Hergt*, der begnadete Therapeut, und sein Schwiegervater *Heinrich Schüle*, der überragende Psychiater, dessen Ruf als Arzt und Forscher über die Grenzen Deutschlands hinaus bekannt war. *Fischer* hat diese drei führenden Persönlichkeiten und ihren nachhaltigen Einfluß auf alle Glieder der Illenauer Gemeinschaft in dem Werk „Deutsche Irrenärzte" von *Kirchhoff* mit pietätvollem Verständnis und in dankbarer Verehrung gewürdigt.

Entsprechend seiner hohen Auffassung vom Beruf des Psychiaters machte *Fischers* Wirken an den Grenzen der Anstalt keineswegs halt, sondern diente auch den sozialhygienischen Bedürfnissen

seiner badischen Heimat: Er förderte den Ausbau des „Hifsvereins für entlassene Geisteskranke in Baden" namentlich im Bereich des Wieslocher Aufnahmebezirks, er wirkte für den Verein „Badische Volksheilstätte für Nervenkranke" seit 1909 als Vorstandsmitglied und seit 1922 als Vorsitzender, er setzte sich für die Bekämpfung des Alkoholismus im Lande tatkräftig ein, er war seit 1915 als Vorsitzender der Kriegsinvalidenfürsorge im Bezirk Wiesloch tätig, er leistete der „Badischen Sozialhygienischen Gesellschaft" seit 1915 als Mitglied des Großen Ausschusses und als Vortragender wichtige Dienste. Dabei ist es ein Beweis seiner folgerichtigen, unbeirrbaren Denkweise und seines hohen Pflichtgefühls gegenüber dem Volksganzen, daß er über der Versorgung der Geisteskranken inner- und außerhalb der Anstalt die Notwendigkeit einer eugenischen Verhütung der psychischen Erbleiden keineswegs übersehen, vielmehr für die Unfruchtbarmachung der Erbkranken im Kreise der Sozialhygienischen Gesellschaft mit konkreten Vorschlägen seit 1923 in Wort und Schrift eingetreten ist.

Über seine beruflichen Erfahrungen und Vorschläge berichtete *Fischer* häufig auf den Jahresversammlungen des Deutschen Vereins für Psychiatrie wie auf den Tagungen der Südwestdeutschen Psychiater und Neurologen. Als Mitglied der „Statistischen Kommission" dieses Vereins war er seit 1913 für die zeitgemäße Verbesserung der Anstaltsstatistik und der Einteilung der Krankheitsformen tätig. Auf seine Anregung im Jahre 1921 entstanden die regelmäßigen Besprechungen der Vertreter der in einer Vereinigung zusammengeschlossenen deutschen Hilfsvereine für die entlassenen Geisteskranken, die dann mit der Erörterung der Belange der psychischen Hygiene verbunden wurden, sowie die Zusammenkünfte der deutschen Anstaltsdirektoren, beides Veranstaltungen, die gelegentlich der Jahresversammlungen des Deutschen Vereins für Psychiatrie stattfanden und nach der Gründung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater zur Schaffung eines Unterausschusses für praktische Psychiatrie geführt haben. 1926 wurde *Fischer* zum Vorstandsmitglied des Deutschen Vereins für Psychiatrie gewählt.

Daneben setzte *Fischer* seine schriftstellerische Tätigkeit unermüdlich fort und legte seine Anschauungen und Vorschläge vor allem über die Geisteskrankenfürsorge und das Anstaltswesen in der Fach-, in der allgemein-medizinischen sowie der Tagespresse in einer großen Zahl von Veröffentlichungen nieder, deren wichtigste im Anhang angeführt sind. Die psychiatrisch wesentlichsten Beiträge widmete er unserer Allgemeinen Zeitschrift für Psychia-

trie, der er seit langem als reger und zuverlässiger Mitherausgeber angehört hat. Außerdem war er im Herausgeberstab der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift, der Zeitschrift für die Geisteskrankenpflege, der Sozialhygienischen Mitteilungen für Baden und der Sozialhygienischen Korrespondenz.

So hat *Fischer* nicht nur als Anstaltsleiter und sachverständiger Berater des Ministeriums die badische Geisteskrankenfürsorge maßgebend beeinflußt. Er ist darüber hinaus einer der bekanntesten und hervorstechendsten Persönlichkeiten der deutschen Anstaltspsychiatrie gewesen. Seine Verdienste wurden von der Badischen Regierung durch die Verleihung von Titeln und Orden, von ausländischen psychiatrischen Gesellschaften durch die Ernennung zum auswärtigen Mitglied anerkannt.

Als *Fischer* am 1. Oktober 1927 in den Ruhestand trat, hatte er nach seinen eigenen Worten zwar die für einen Beamten geltende Altersgrenze erreicht, aber noch lange keinen Grund, mit seiner Arbeitsfähigkeit, seinem Arbeitsbedürfnis und seinem Arbeitswillen Schluß zu machen. So nahm er denn alsbald eine neue Tätigkeit an dem von seinem Vetter *Eugen Fischer* geleiteten Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik in Berlin-Dahlem auf und betrat damit wieder ein wissenschaftliches Arbeitsgebiet, zu dem er sich schon im Jahre 1889 durch seine Doktor-Dissertation „Zur Kenntnis der Hämophilie" hingezogen fühlte. In mehreren Abhandlungen erörterte er zunächst die Trunksuchtbekämpfung und die Trinkerfürsorgemaßnahmen vom Standpunkt des Psychiaters, um sich dann vorwiegend mit erbbiologischen und rassehygienischen Fragen zu befassen; von diesen Veröffentlichungen sind die vielbeachtete Arbeit über Blutkrankheiten in europäischen Fürstenhäusern, eine für Standesbeamte bestimmte Darstellung der Vererbung von Geisteskrankheiten und eine Abhandlung über die Erblichkeitsforschung in den Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke hervorzuheben.

Die Berliner Jahre brachten ihm den anregenden Verkehr mit gleichgesinnten Fachgenossen und neben dem schweren Verlust seiner warmherzigen und geistig hochstehenden Gattin auch manche Freude und Anerkennung wie die von seinen Mitarbeitern verschönte Feier des 75. Geburtstages und das goldene Doktor-Jubiläum im vorigen Jahr.

Die Entwicklung des Anstaltswesens namentlich in Baden verfolgte er dauernd mit lebhafter Anteilnahme und mit „seiner Anstalt" Wiesloch stand er ebenso wie mit Illenau durch regelmäßige Besuche und Berichte in steter Fühlung.

Fischer blieb bis in sein hoches Alter körperlich und geistig ungewöhnlich frisch und arbeitsfreudig. Wie er während seiner Wieslocher Amtstätigkeit seine großen Fähigkeiten mit der ihm eigenen Klugheit, Tatkraft und Ausdauer restlos in den Dienst seiner Lebensaufgabe gestellt hatte, so widmete er auch in diesen arbeitsreichen Jahren des „Ruhestandes" bis zuletzt sein ganzes Denken und Streben dem Fortschritte seines Faches zum Wohl seines Volkes.

Mit *Fischer* ist ein Vorbild strengster Pflichtauffassung, eisernen Fleißes, starker organisatorischer Befähigung und unermüdlicher Schaffensfreudigkeit für seine Mitarbeiter und seine Kranken dahingegangen. Er hat die praktische Psychiatrie vor allem auf dem Gebiet des Anstaltsbauwesens und der Anstaltstechnik in hervorragendem Maße gefördert, die Bedürfnisse einer zeitgemäßen öffentlichen Irrenfürsorge mit Nachdruck vertreten, das Verständnis für die Geisteskranken und ihre Belange in weiten Kreisen verbreitet und sich nicht zuletzt für die eugenische Verhütung der psychischen Erbleiden eingesetzt.

Seine praktische Lebensarbeit verkörpert sich in der von ihm entworfenen, errichteten und über zwei Jahrzehnte geleiteten Anstalt Wiesloch; sie wird ihrem Gründer, Organisator und ersten Direktor immer eine treue Erinnerung bewahren und für alle Zeiten ein Denkmal seiner Persönlichkeit bilden!

Von seiner erfolgreichen schriftstellerischen Leistung legt vor allem die Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie ein beredtes Zeugnis ab; sie ist ihrem langjährigen, umsichtigen und sorgsamen Mitherausgeber zu dauerndem Dank verpflichtet!

In seinem letzten Beitrag in diesen Blättern hat er vor wenigen Monaten *Otto Snell* einen tiefempfundenen Nachruf gewidmet, ohne zu ahnen, daß er dem Berufskameraden und Freund in so kurzer Zeit nachfolgen würde.

Die Anstalt Wiesloch und unsere Zeitschrift, die badische und die deutsche Anstaltspsychiatrie werden das Andenken an *Max Fischer* für immer hoch in Ehren halten!

Für die Heil- und Pflege-
anstalt Wiesloch

Möckel
Direktor

Für die Allgemeine Zeitschrift für
Psychiatrie und ihre Grenzgebiete

Roemer
Direktor



Über das vielseitige Interesse und Schaffen *Max Fischers* gibt am besten ein Verzeichnis seiner Veröffentlichungen Auskunft, von denen nur die wichtigsten aus dem Gebiet der praktischen, sozialen und wissenschaftlichen Psychiatrie und dem Gebiet der Erbbiologie angeführt seien:

Zur Kenntnis der Hämophilie. (Ein neuentdeckter Bluterstamm.) Dissertation München 1889, Wolf & Sohn. — Über Beschäftigung von Geisteskranken. Ärztl. Mitt. Bad. 1894. — Die psychiatrische Vorbildung der Staatsärzte. Ebenda 1895. — Aufsätze: Zur Irrenfürsorge. Straßb. Post. 1897. — Stadtasyle und Irrenversorgung. Allg. Z. Psychiatr. 1900, S. 1. — Berechnung der Zahl der Ärzte für Irrenanstalten. Psychiatr.-neur. Wschr. 1900, S. 460. — Trionalgebrauch und rationelle Verwendung der Schlafmittel. München 1901, Seitz & Schauer. — Wirtschaftliche Zeitfragen auf dem Gebiete der Irrenfürsorge. München 1901, Seitz & Schauer. — Denkschrift über den gegenwärtigen Stand der Irrenfürsorge in Baden usw. Karlsruhe 1901, Braun. — Die einheitliche Gestaltung der Anstaltsjahresberichte. Wien, „Austria". 1901. — Chr. Fr. W. Roller. Zum Gedächtnis seines 100. Geburtstages. Halle, Marhold. 1902. — Der Schutz der Geisteskranken in Person und Eigentum. Leipzig 1902, S. Hirzel. — Die Irrenfürsorge in Baden. Allg. Z. Psychiatr. 59, S. 577, 1902. — Laienwelt und Geisteskranke. Stuttgart 1903, Ferdinand Enke. — Mitarbeit am Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten, hrsg. von Kolb (Grundrisse und Beschreibung). 1902/1907. — Schwangerschaft und Diebstahl. Allg. Z. Psychiatr. 1904. — Die Benennung der Krankenhäuser für Geisteskranke. Halle 1905, Marhold. — Die Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch. Allg. Z. Psychiatr. 65, S. 226, 1907. — Zum Bau der Irrenanstalten (I u. II). Ebenda 66 S. 237 u. 68, S. 287. 1908 u. 1910. — Die einheitliche Gestaltung der Jahresberichte der Irrenanstalten. Wien 1909. — Denkschrift über den Stand der Irrenfürsorge in Baden. I. A. d. Minist. d. Inn. Karlsruhe 1909, Braun. — Pflegeversicherung bei Geisteskranken. In: Soz. Med. u. Hyg. 1910, 5. Hamburg u. Leipzig, Leop. Voß. — Die Irrenfürsorge im Großherzogtum Baden. Ärztl. Mitt. Bad. 1910. — Die Entwicklung des badischen Irrenwesens. Allg. Z. Psychiatr. 69, S. 320, 1911. — Statistisches aus dem bad. Irrenwesen. Ebenda, 1911. — Neue Aufgaben der Psychiatrie in Baden. Ebenda 68, S. 860, 1912. — Gesundheitsaufsicht bei Geisteskranken außerhalb der Anstalten. Halbmschr. Soz. Hyg. Nr. 18, 1913. — Die Entwicklung des Bauwesens der Irrenanstalten. Allg. Z. Psychiatr. 70 S. 480, 1913. — Berufsgeheimnis und Herausgabe der Krankengeschichten. Ebenda 71, S. 333/464. — Die Ausleihung der ärztlichen Krankengeschichten. M. m. W. Nr. 47 u. 48. 1914. — Die badische Irrenfürsorge in Geschichte und Gegenwart. Irrenpfl. 18 Nr. 2, 1914. — Franz Fischer. Nekrolog. Allg. Z. Psychiatr. 1915. — Die Erwerbsfürsorge für Kriegsinvalide an unseren Heil- und Pflegeanstalten. Psychiatr.-neur. Wschr. Nr. 51—52, S. 420, 1915. — Tätigkeitsbericht des Vorsitzenden und der Baukommission des Vereins badische Volksheilstätte für Nervenkranke. Ärztl. Mitt. Bad. 1916. — Leopold Oster. Nekrolog. Allg. Z. Psychiatr. 73, S. 589, 1917. — Briefgeheimnis und praktische Psychiatrie. Ebenda 74, S. 136, 1918. — Wohnungsfürsorge für Personal und Beamte unserer Anstalten. Psychiatr.-neur. Wschr. 1921 Nr. 36—38, S. 241, 1918. — Wahlrecht, Wahlfähigkeit und Wählbarkeit der Geisteskranken. Ebenda Nr. 49—50, S. 313, 1919. — Die soziale Psychiatrie im Rahmen der sozialen Hygiene und allgemeinen Wohlfahrtspflege. Allg. Z. Psychiatr.

75, S. 529, 1919. — Soziale Aufgaben der Irrenfürsorge und allgemeine Fürsorgeorganisationen. Soz. hyg. Mitt. Bad. Heft 1 u. 2, S. 1, 1919. — Chr. F. W. Roller. In: Deutsche Irrenärzte Bd. 1, 1921. — Karl Hergt. Ebenda, 1921. — Das badische Irrenfürsorgegesetz in der Bewährung. Mschr. Kriminalpsychol. Heidelberg Winter 1921/22. — Der Unsinn des Prinzen Pallagonia. Allg. Z. Psychiatr. 78, H. 5 u. 6, S. 356, 1922. — Die sozialhygienischen Einrichtungen bei Heil- und Pflegeanstalten. Irrenpflege 1923. — Heinrich Schüle. In: Deutsche Irrenärzte Bd. 2, 1924. — Zum Kapitel: Medizinische Topographie. Soz. hyg. Mitt. H. 4, 1924. — Irrengesetzgebung I. Psychiatr.-neur. Wschr. 26, Nr. 24, 1925. Halle, Marhold. — Irrengesetzgebung II. Ebenda 26, Nr. 43, 1925. — Die Fürsorgestelle für Nerven- und Gemütskranke in Mannheim in den ersten beiden Betriebsjahren. Ebenda 26 Nr. 6, 1925. — Betrachtungen über Unfruchtbarmachungen bei Geisteskranken. Soz. hyg. Mitt. H. 4, 1925. — Fürsorgestelle für Geisteskranke im Amtsbezirk Wiesloch und die Mannheimer Fürsorgestelle. Psychiatr.-neur. Wschr. S. 3, 1926. — Besprechung der Vertreter der Hilfsvereine in Kassel (2. September 1925). Ebenda 28, Nr. 1—2, 1926. — Zwanzigjähriges Bestehen der Heilanstalt Wiesloch (20. Oktober 1905 bis 20. Oktober 1925). (Broschüre.) 1926. — Die Heilanstalt Wiesloch in den ersten 20 Jahren ihres Bestehens. Ärztl. Mitt. Bad. 1926, Nr. 1 bis 4. 1926. — Die Herausgabe der Krankengeschichten an Behörden. Z. Neur. 100, H. 4—5, S. 652, 1926. — Die Einheitlichkeit der Anstaltsjahresberichte. Psychiatr.-neur. Wschr. 28, Nr. 6, 1926. — Früheste Erlebnisse mit Geisteskranken. Allg. Z. Psychiatr. 84, S. 154. Festschr. Kraepelin. 1926. — Die Unfruchtbarmachung von geistig Minderwertigen und Geisteskranken. Ethik 1. 5. 1926, 2. Jahrg., Nr. 3. — Die badische Gesellschaft für soziale Hygiene. Psychiatr.-neur. Wschr. 28, Nr. 21, 1926. — Der gegenwärtige Stand der deutschen Hilfsvereine für Geisteskranke. Psychiatr.-neur. Wschr. 1927, Nr. 33. — Der neue Strafgesetzbuch-Entwurf. Ebenda Nr. 21, 1927. — Nekrolog: August Hegar. Allg. Z. Psychiatr. 86, S. 485, 1927. — Die Fürsorgestelle für Nerven- und Gemütskranke in Mannheim. In: „Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten" von Roemer, Kolb, Faltlhauser. 1927. — Die Landesirrenanstalt Heidelberg 1826—1842. Soz. hyg. Mitt. 1928, H. 1. — Zum Gedächtnis Christ. Fr. W. Rollers. Allg. Z. Psychiatr. 88, H. 1/3. — Der Entwurf eines Strafvollzugsgesetzes. Psychiatr.-neur. Wschr. 30, Nr. 6/7, 1928. — Hilfsvereine für Geisteskranke und offene psychiatrische Fürsorge. Z. psych. Hyg. 1, H. 2, 1928. — Eugenik und offene Fürsorge für Geisteskranke. Allg. Z. Psychiatr. 89, H. 3/4, 1928. — Ludwig Fischer. Bad. Biographien. 6. Teil, S. 335, 1929. — Richard von Krafft-Ebing. Bad. Biographien, 6. Teil, S. 3, 1929. — Progressive Trinkerbehandlung. Arch. soz. Hyg. u. Demogr. 3, H. 2, 1928. — Praktisch-psychiatrische Tagesfragen. Allg. Z. Psychiatr. 89, S. 174, 1928. — Entwicklung und Stand der offenen Fürsorge für Geisteskranke. Arch. soz. Hyg. u. Demogr. 5, H. 1, 1929. — Zur Geschichte der deutschen Hilfsvereine für Geisteskranke seit 1870/71. Aus: Die deutschen Hilfsvereine für Geisteskranke von Ackermann, Fischer, Herting und Roemer. W. de Gruyter & Co., Berlin 1930. — Die Vererbung der Geisteskrankheiten. Metzner, Berlin 1931. — Die Formung der menschlichen Nasen in der Pubertät. Arch. f. Frauenkunde u. Konst.forschg 16, H. 2. — Verantwortlichkeit des ärztlichen Krankenhausleiters. Dtsche med. Wschr. H. 1, 1931. — Der Arzt und der § 218. Dtsche med. Wschr. H. 25, 1931. — Psychiater und Organisierte Alkoholbekämpfung. Psychiatr.-neur. Wschr. 33, Nr. 13, 1931. — Ärzteschaft und organisierte Arbeit gegen den Alkoholismus. Deutsches Ärzte-

blatt Nr. 12 (21. 4. 1931). — Erblichkeitsforschung an den Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke. Psychiatr.-neur. Wschr. Nr. 22, 1931. — Polizeiliche Unterbringung gemeingefährlicher Trunksüchtiger in öffentlichen Heilanstalten. Bl. f. prakt. Trinkerfürsorge H. 4, 5, 1932. — Hämophilie und Blutsverwandtschaft. Z. Konstit. 16, H. 5, 1932. — Zur Geschichte der Bluterkrankheit. Eugenik 2. Jg., 1932ff. — Des Arztes Sendung. Mediz. Welt Nr. 8, 1932. — Gärungslose Früchteverwertung. Psychiatr.-neur. Wschr. 34, Nr. 17, 1932. — Ärztliche Prophylaxe, Eugenik und Unterbrechung der Schwangerschaft. Eugenik 2. Jg., Nr. 8. — Friedrich Jolly. Bad. Biographien Bd. 6. — Heinrich Schüle zur Alkoholfrage. Psychiatr.-neur. Wschr. 35, Nr. 11, 1933. — Einer der ersten Vorkämpfer gegen den Alkoholismus in Deutschland. Z. psych. Hyg. 6, H. 2, 1933. — Das Aufnahmeverfahren für Geisteskranke. Allg. Z. Psychiatr. 69, H. 1—5. — Prophylaxe und Hygiene im Schulalter. Z. psych. Hyg. 6, H. 1, 1933. — Psychiatrische Forderungen an das Fürsorgeerziehungswesen. Psychiatr.-neur. Wschr. 35, N. 7, 1933. — Reichskonkordat und Krankenseelsorge. Allg. Z. Psychiatr. 101, H. 1/6. — Die Bluterkrankheit. Zeitschr. „Dienst am Leben" H. 12—13, 1933. — Das Sterilisierungsgesetz. Psychiatr.-neur. Wschr. Nr. 40, 1933. — 400 Jahre Landesheilanstalt Hayna und Merxhausen. Zeitschr. „Dienst am Leben" Nr. 20, 1933. — Nekrolog: Dr. jur. et phil. Stefan Kekule von Stradonitz. Allg. Z. Psychiatr. 101, H. 1/6. — Trinkerfürsorge und Psychiatrie. Soz.-hyg. Mitt. Heft 3, 1934. — Nekrolog: Prof. Dr. med. et phil. Dr. agr. h. c. Erwin Bauer. Allg. Z. Psychiatr. 102, Heft 1/3. — Der Begriff der erblichen Belastung am Beispiel der Bluterkrankheit. Öff. Gesdh.dienst H. 8, 1935. — Die Aufgaben der Trinkerhilfe. Bl. f. prakt. Trinkerhilfe u. Rauschgiftbekämpfung H. 3—4, 1936. — Organisierte Abwehr der Alkoholschäden. Schriftenreihe d. Reichsausschusses f. Volksgesundheitsdienst H. 19, 1936. — Apomorphin bei Trinkern. Öff. Gesdh.dienst H. 9, 1936. — Zum 25jährigen Bestehen der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften. Psych.-neur. Wschr. Nr. 1, 1936. — Professor Dr. med. h. c. J. Gonser 70 Jahre alt. Geisteskrkpfl. Nr. 6, 1936. — Die Verbreitung der Bluterkrankheit. Volk u. Rasse H. 1, 1936. — Erbbiologie und Eugenik der Bluterkrankheit. Ärztl. Sachverst.ztg. H. 20, 1936. — Die Bluterkrankheit als Erbleiden. Forschungen u. Fortschritte H. 30, 1936. — Direktor Rollers Plan einer Wärterschule für Illenau. Geisteskrkpfl. Nr. 5, 1937. — Ärztliche Vorbeugung beim Alkoholismus. Öff. Gesdhdienst H. 22, 1938. — Erbgesundheit und Erbbedingtheit beim Trinker. Bl. f. prakt. Alkoholgefährdete H. 1, 1938. — Die erblichen Geistesstörungen. Geisteskrkpfl. Nr. 4, 1938. — Gegen die Landflucht. Öff. Gesdhdienst H. 8, 1939. — Fortpflanzung und Fruchtbarkeit. Öff. Gesdhdienst H. 10, 1939. — Überkreuz-Ehen. Arch. Rassenbiol. 33, H. 3. — Adolf Hitler und die Rassenhygiene. Psych.-neur. Wschr. Nr. 15, 1939. — Nachruf für Otto Snell. Allg. Z. Psychiatr. 114, H. 3/4.

Fälle psychogener Paranoia in sprachfremder Umgebung mit psychoplastisch bestimmtem, ungünstigem Verlauf

Ein Beitrag zur Klinik der Allers'schen Psychose mit einigen Bemerkungen zur Frage der Genese und Diagnose von Defektzuständen

Von

Poul Færgeman

(Aus der psychiatr. Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Kopenhagen. Chefarzt: Dr. med. *Jens Chr. Smith*)

(Eingegangen am 10. August 1940)

Die Revisionsbestrebungen innerhalb der psychiatrischen Systematik, die sich in den letzten 30 Jahren geltend gemacht haben, nachdem *Kraepelins* Formkreise ihre größte Verbreitung erreicht und namentlich die alltägliche praktische Diagnostik beinahe ausschließlich beherrscht hatten, führten besonders in zwei Richtungen zu fruchtbaren Resultaten. Zunächst machte sich eine mehr theoretische und prinzipielle Skepsis, die jedoch stets solid mit klinischen Tatbeständen unterbaut war, geltend und fand klare und scharfe Formulierungen vor allem in den Arbeiten von *Birnbaum* und *Kretschmer*. Die Strukturanalyse (*Birnbaum*) und die mehrdimensionale „Schichtdiagnostik" (*Kretschmer*), die die psychopathologischen Syndrome in mehreren Schichten übereinander anordnet, bedeuteten einen entscheidenden Bruch mit der eindimensionalen Betrachtungsweise der älteren Periode, die ja ständig allen anderen als den allerbanalsten Fällen gegenüber versagte[1]).

[1]) Eine Parallele zu diesen neuen Betrachtungsweisen innerhalb der Psychopathologie und der klinischen Psychiatrie macht sich im gleichen Zeitraume bei der Ausgestaltung der modernen Persönlichkeitslehre geltend, die die Persönlichkeit als eine Reihe übereinanderlagernder Strukturen verschiedenen Entwicklungsgrades mit relativ selbständiger Existenz ansieht, wodurch ein Bild des Menschen von bedeutend größerer plastischer Tiefe entstand, als die flache, in einer Ebene denkende Assoziationspsychologie es jemals ermöglicht hatte. Eine klare und kurzgefaßte Übersicht über dies Thema mit Hinweisen auf die wesentlichere Literatur findet man bei *Rudolf Thiele:* Person und Charakter, Thieme, 1940.

Weiterhin forderte die doch wohl recht weitspannende Prätention in der genialen, aber trotz allem nur vorläufigen Kraepelinschen Nosologie, den bunten und chaotischen Reichtum der Klinik in relativ wenigen Krankheitskreisen zu umschließen, zu fortgesetzt tiefer dringender Analyse der unklaren Fälle auf. Man versuchte neue Krankheitsbegriffe zu charakterisieren, um die grob mißbrauchten Diagnosen Dementia praecox und manisch-depressive Psychose zu entlasten. Die Anstrengungen gingen vor allem in der Richtung, besondere Gruppen von dem auszusondern, was *Popper* einmal „den oft beklagten großen Topf der Schizophrenien" genannt hat. Wie sehr diese beiden großen diagnostischen Begriffe mißbraucht und überlastet worden sind, geht im übrigen deutlich aus den Fehden hervor, die ihre Vorkämpfer in dem Bestreben miteinander geführt haben, bald der einen, bald der anderen Kategorie nicht nur vereinzelte unsichere Grenzfälle, sondern ganze klinische Gebiete zuzuschanzen; man braucht hierbei nur an die Paranoiafrage zu erinnern, die zu so eifrigen Diskussionen Anlaß gab, daß die Anstrengungen oft wirklich einer besseren Sache wert gewesen wären.

Durch diese Arbeiten wurden eine lange Reihe neuer Krankheitsbilder geprägt, die zusammen mit *Kraepelins* klassischen Formen einen viel besseren Ausdruck für die vielgestaltigen Äußerungsmöglichkeiten des kranken Seelenlebens ergeben als diese allein.

Trotz vieler überzeugender Kraft in der klinischen Argumentation mancher dieser neuen Formen und trotz des Wohlwollens—ja häufig einer geradezu kritiklosen Begeisterung — mit der sie an manchen Orten aufgenommen worden sind, scheint es leider so, als ob die alltägliche praktische Psychiatrie die nützliche und notwendige Initiative, die zu dieser Neuorientierung innerhalb der Systematik führte, nur in geringem Ausmaße gewürdigt hat. Die routinemäßige Klinik- und Anstaltspraxis benutzt noch immer ganz überwiegend eine Diagnostik, die entstanden ist, bevor *Kretschmer* seinen „Sensitiven Beziehungswahn" schrieb und bevor *Bumke* in einem Artikel mit der revolutionierenden Überschrift „Die Auflösung der Dementia praecox" den radikal neuen Tendenzen innerhalb tonangebender psychiatrischer Kreise Ausdruck gab, die etwa von 1920 an in den Vordergrund traten.

Während es also im großen Ganzen weder an kräftiger Zustimmung noch an scharfer Kritik bei der Aufstellung vieler dieser neuen Krankheitstypen gefehlt hat, und während diese neuen nosologischen Vorschläge, — besonders die von *Kleist* in zwei kerzengeraden und parallelen Reihen aufmarschierenden Krankheitsbilder — eine

lebhafte Diskussion erweckt haben, sind andere klinische Skizzen und Krankheitsabgrenzungen aus dieser Periode mit einer wie es scheint ganz unverdienten Gleichgültigkeit behandelt worden.

Dies ist in ganz besonders hohem Maße der Fall bei der von *Rudolf Allers* 1920 charakterisierten, psychogenen paranoiden Episode bei sprachlich isolierten Kriegsgefangenen[1]).

Allers fand in drei Fällen bei Soldaten (ein Ungar, ein Russe und ein Tartar, alle drei von primitiver Geistigkeit), in österreichischer Kriegsgefangenschaft (der Ungar hielt sich als Verwundeter in einem deutschsprachigen Lazarett auf) ein episodisches Syndrom, bei dem sich unter ängstlich-depressiver Stimmung massive persekutive Wahnvorstellungen entwickelten. In zwei Fällen traten Gehörshalluzinationen auf. Die Reaktionen konnten gewaltsam sein, Aggressionen und Selbstmordversuche. Die Wiederherstellung des sprachlichen Kontaktes führte zu rascher Klärung. Nach dem Anfall bestand völlige Krankheitseinsicht und keine Amnesie. Die Ätiologie wird als sicher psychogen angesehen und eine individuelle Disposition bezweifelt. Die Krankheit gehört genetisch zu den paranoiden Psychosen Schwerhöriger und gewissen Haftpsychosen. In zwei Fällen wurde die Beobachtung vor dem Schwinden aller Symptome abgeschlossen, so daß keine völlige Sicherheit dafür besteht, daß alle psychotischen Phänomene in allen Fällen abgeklungen sind trotz *Allers* bestimmter Vermutung.

Allers' kleine Arbeit wurde zwar von vielen kompetenten Paranoiaforschern mit dem schuldigen Respekt behandelt, und sie wird in den Bibliographien der neueren Literatur mehrfach erwähnt; neuere kasuistische Beiträge zur Klinik dieser Krankheit liegen aber nur in sehr begrenztem Umfang vor. Dies ist natürlich teilweise darauf zurückzuführen, daß das Leiden — wie auch *Allers* annimmt — recht selten vorkommt. Die außergewöhnlichen Umstände, die die Voraussetzung dieser panisch-psychotischen Reaktion sind, sind nur ausnahmsweise gegeben. Es ist aber doch wohl nicht so selten, wie die Literatur vermuten läßt. Vermutlich werden manche Fälle unter der unverbindlichen Diagnose „Paranoia" rubriziert oder als endogene Depressionen mit überwiegend paranoider Färbung aufgefaßt oder als paranoide Reaktion Imbeziller bezeichnet ohne besondere Hervorhebung der spezifischen psychogenen Situation.

Herschmann, *Kurt Schneider* und *Wimmer* haben ähnliche Beobachtungen erwähnt. *Herschmann*[2]) führt an, daß er bereits 1919 das gleiche Syndrom bei geistesschwachen Soldaten in sprachlicher Isolierung beschrieben hat. *Schneider*[3]) teilt eine übereinstimmende Beobachtung bei einer polnischen

---

[1]) *Allers:* Über psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung. (Der Verfolgungswahn der sprachlich Isolierten.) Z. Neur. 60, 1920, 281.

[2]) *Herschmann:* Bemerkungen zu der Arbeit von Rudolf Allers usw. Z. Neur. 66, 1921, 345.

[3]) *Kurt Schneider:* Die abnormen seelischen Reaktionen. Deuticke 1927, p. 25.

Jüdin und ihren drei erwachsenen Töchtern mit; die auslösende Situation bestand hier in gewissen Formalitäten polizeilicher Natur während der Durchreise durch Deutschland. Bei einem Patienten *Wimmers*[1]) entwickelten sich Verfolgungsideen, während er beinahe ohne Kenntnis fremder Sprachen in der Fremdenlegion diente.

Dieser Fall, den ich Gelegenheit hatte, näher zu untersuchen, — vor allem wurde 1940, ungefähr 20 Jahre nach dem Krankheitsbeginn, eine persönliche Katamnese vorgenommen — zeigt eine recht komplizierte, mehrdimensionale Struktur, so daß er nur bedingt der *Allers*schen Psychosengruppe zugeschrieben werden kann, bei der ja Beginn, Beschaffenheit, Verlauf und Ausgang von nur zwei Determinanten abhängig gemacht werden (der psychogenen Situation und — als prädisponierender Faktor — ein recht niedriges Intelligenzniveau). Der Fall soll hier kurz besprochen werden.

Der Patient ist ein 1881 geborener, unverheirateter Schiffsheizer. Ein Vetter mütterlicherseits ist mehrmals in Nervenkliniken wegen Ebrietas und chronischem Alkoholismus behandelt worden; sonst ist nichts bekannt über erbliche Disposition. Pat. hat selbst jahrelang außerordentlich stark getrunken, zum großen Teil schlechten Portwein und Brennspiritus. Er soll niemals etwas psychisch Abnormes gezeigt haben, bis sich während eines fünfjährigen Aufenthaltes in der Fremdenlegion (1920—25) nach einer Periode, in der ihm alles mystisch und geheimnisvoll vorkommt, paranoide Vorstellungen entwickeln, die darauf ausgehen, daß die Kommunisten einen Aufruhr in der Legion vorbereiten, sowie daß er selbst von einer Reihe seiner Kameraden in jeder nur denkbaren Weise schikaniert wird, doch anscheinend nicht durch eigentliche Drohungen, er fühlt sich vor allem nur beschimpft. Er versteht kaum ein Wort französisch, spricht etwas deutsch und englisch. Die dänischen Legionskameraden sind ihm nie zu nahe getreten. Er hat in dieser Periode einen Malariaanfall, später niemals Fieberanfälle. Von 1925—28 lebt er als Gelegenheitsarbeiter in Dänemark. In dieser dreijährigen Periode hat er, seinen eigenen Angaben nach, an keinerlei Wahnvorstellungen gelitten. 1928 wird er als mittellos in einer Zwangs- und Arbeitsanstalt angebracht. Das psychische Trauma der Anstaltsunterbringung löst indessen prompt die latente psychotische Bereitschaft aus mit Beziehungswahn, paranoider Auslegung der Umwelteinflüsse usw.; die Psychose kann aber nun nicht mehr als eine bloße Reaktion aufgefaßt werden, sie nimmt rasch ihren eigenen Verlauf und setzt sich als ein typischer chronischer endogener (paraphrener) Prozeß fort (paranoide „Situationspsychose“ mit selbständigem endogenen Verlauf). Im April 1936 wird der Pat. in die Nervenklinik des staatlichen Krankenhauses verlegt und im Mai des gleichen Jahres in die Heil- und Pflegeanstalt Skt. Hans überführt, wo er sich noch immer (1940) als Pat. aufhält. Die Diagnosen der beiden Kliniken sind: Paranoia persekutoria bzw. Dementia paranoides. — Aus dem Krankenblatt geht hervor: Pt. macht einen deutlich inferioren (und dementen?) Eindruck. Wird von Jungkommunisten verfolgt, die ihn aus dem

[1]) *Wimmer:* Speciel klinisk Psykiatri, Munksgaard, Köbenhavn 1936, p. 512.



Wege räumen wollen und ihn mit gewissen Schimpfworten (hauptsächlich homosexuellen Beschuldigungen) belästigen; das alkoholische morgendliche Erbrechen wird auf Gifteinflüsse zurückgeführt. Die Wahnvorstellungen sind im wesentlichen auf das Sexuelle zentriert; man verabreicht ihm „Liebestropfen", mißbraucht ihn nachts in betäubtem Zustand homosexuell und zapft ihm Samen ab, wodurch er sich ganz kraftlos fühlt. Er hält sich oft für schwanger. Man stiehlt ihm seine Gedanken und ruft sie über ganz Kopenhagen aus, die Ärzte haben ihm viele Liter Urin in die Beine gepumpt u. ä. Nach und nach entwickeln sich exorbitante megalomane Vorstellungen: er hält das Schicksal der Welt in seiner Hand, hält 1940 den Krieg in Frankreich auf und schickt sicherheitshalber alle Soldaten nach Feuerland usw. — Er ist orientiert und reinlich, die Stimmung überwiegend friedlich, immer unbeschäftigt. W. R. in Blut und Spinalflüssigkeit negativ. Die Spinalflüssigkeit zeigt hinsichtlich Zellen, Albumin und Globulin (nach Meth. Bisgaard) nichts sicher abnormes. — Bei der persönlichen Nachuntersuchung im Juni 1940 zeigt Pat. das beschriebene Zustandsbild. Er wirkt in Gesprächen über neutrale Themen unauffällig, abgesehen von einiger allgemeiner seelischer Reduktion; keine katatonen Verhaltensstörungen, er ist freundlich und vertrauensvoll. Seine Sprechweise ist im wesentlichen natürlich geblieben.

Die „präschizophrene" Episode[1]) während des Aufenthaltes in der Fremdenlegion ist möglicherweise eine echte *Allers*sche Psychose gewesen — später hat sich dann eine von ihr unabhängige Paraphrenie entwickelt, stark begünstigt von der massiven alkoholischen Intoxikation. Es besteht natürlich auch die Möglichkeit, daß sowohl die erste Phase als auch der spätere chronische Verrücktheitszustand eine rein alkoholische halluzinatorische Geisteskrankheit sind. Es liegt aber näher anzunehmen, daß die erste psychotische Phase eine symptomatische Geisteskrankheit, eine situationsbedingte und deshalb vorübergehende Verschlechterung des schleichenden paraphrenen Prozesses ist, der damals noch keine ausreichende endogene Manifestationskraft hatte. Als der Pat. einige Jahre später erneut einem starken Umweltsdruck ausgesetzt ist, wird eine neue reaktive Psychose ausgelöst, der tieferliegende Prozeß ist aber nun soweit fortgeschritten, daß er „mit endogener Selbstherrlichkeit" (*Kretschmer*) sich selbst in Gang halten kann. Die dementive Tendenz wird von der schweren alkoholischen Intoxikation akzentuiert.

Wegen des geringen kasuistischen Materiales auf diesem Gebiete liegt es nahe, einen hierhergehörigen Fall mitzuteilen, der 1923 in der psychiatrischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Kopenhagen beobachtet wurde und den ich 1939 persönlich nachuntersucht habe. Diese Krankengeschichte erhält dadurch besonderes Interesse, weil sie in verschiedenen Beziehungen von den von *Allers* veröffentlichten abweicht.

[1]) *Strömgren*, s. S. 12, l. c. p. 80.



Zunächst ist die Psychose in diesem Falle unter rein zivilen Verhältnissen entstanden (wie in *Kurt Schneiders* Fall), wenn auch bei einem ehemaligen Kriegsteilnehmer, der durch den Krieg in eine sprachfremde Umwelt gekommen ist. Aber noch wichtiger ist der Verlauf der Psychose, der ganz von dem von *Allers* für typisch angesehenen abweicht. Nach dem Überstehen der akuten psychotischen Phase weist der Pat. in diesem Fall eine deutlich veränderte Persönlichkeit auf und hat in auffälliger Weise seine Haltung der Umgebung gegenüber und seine Einstellung zum Dasein geändert. Dieser Bruch der Persönlichkeit, der hier beobachtet wird, wird der traditionsgebundenen Diagnostik, die nur im äußersten Notfall die Alternative Schizophrenie oder manisch-depressive Psychose verläßt, sicher ein gewichtiges Indiz für die Annahme sein, daß hier eine kurzfristige Prozeßschizophrenie mit dem Ausgange in leichte Demenz vorgelegen hat. Der Versuch einer näheren psychopathologischen Untersuchung des Falles erschüttert jedoch nicht die Annahme seiner Zugehörigkeit zu den *Allers*schen Fällen; sie zeigt im Gegenteil sogar recht instruktiv, wie eine einfühlbare Reaktion bei einem bestimmten Menschen in einer bestimmten kritischen Lebenssituation einen organischen Defektzustand simulieren kann, wahrscheinlich ohne daß es sich auch nur im geringsten um eine Prozeßpsychose handelt. Die nach dem Verlaufe von 16 Jahren vorgenommene Katamnese gibt recht besehen auch keinerlei Haltepunkte für die Annahme einer Progression einer evtl. endogenen Psychose, die vorgelegen haben könnte.

Der ehemalige Hauptmann im russischen Heer, Alexis Petroff, wurde 1868 in einer russischen Provinzstadt als Sohn einer einfachen, aber kinderreichen Kaufmannsfamilie geboren. Seiner eigenen Angabe nach liegt, abgesehen von „Nervosität" der Mutter, keine erbliche Disposition zu Geisteskrankheiten in der Aszendenz oder bei seinen 11 Geschwistern vor. Ein ihm nahestehender General S. gibt folgende Charakteristik von ihm: Seine Intelligenz ist absolut mittelmäßig, ohne daß man jedoch von einer auffälligen Minderwertigkeit sprechen kann. Er zeigte eine gewisse fachlich-militärische Tüchtigkeit ohne in irgendeiner Weise den Durchschnitt zu überragen. Sowohl präpsychotisch wie postpsychotisch wird er als umgänglicher, liebenswürdiger, sehr genügsamer und äußerst gewissenhafter Mensch geschildert. Seine literarische Bildung ist sehr beschränkt und seine Interessen sind wenig verfeinert. Er beherrscht trotz eines über 20jährigen Aufenthaltes in Dänemark die Landessprache nur im allerbescheidensten Umfange; er versteht ein wenig mehr, versagt aber in jedem, selbst unkomplizierten Gespräch, wenn ihm nicht von einem Landsmann oder einem russisch Sprechenden geholfen werden kann. — Er ist in einer recht bornierten Weise religiös und sicher ganz unpolitisch. Er ist nie verheiratet gewesen und hat soweit bekannt nie besonderes Interesse für Frauen gehabt. Von perversen Tendenzen soll keine Rede sein können. Von Alkoholmißbrauch in irgendeiner Lebensperiode ist nichts bekannt, er ist

im Gegenteil — zum mindesten in den letzten Jahren — recht intolerant dem Alkohol gegenüber; wenige Gläser lösen seine Zunge mehr als gut ist. Es scheint jedoch nicht, als ob zu irgendeinem Zeitpunkt eigentliche pathologische Rauschreaktionen vorgekommen sind.

Sein Leben ist in kurzen Zügen so verlaufen: er wählte gegen den Willen der Eltern die Offizierslaufbahn und hat in der niedrigeren der beiden, durch ihre Ausbildung unterschiedenen Offiziersklassen des Zarenreiches den Hauptmannsrang erreicht. Hinter dieser Wahl scheint der einzige Ehrgeiz zu liegen. den er je gehabt hat. Indem er ein äußerst bescheidenes zivil-bürgerliches Dasein mit einer ebenso mittelmäßigen militärischen Laufbahn vertauschte. war sein Drang nach sozialem Emporkommen voll zufriedengestellt. Seine Überzeugung, durch seine militärische Karriere eine angesehene Stellung in der Gesellschaft erreicht zu haben, die durch einen Abgrund von Vorurteilen und Gebräuchen von der provinziellen Kleinbürgerlichkeit getrennt ist, scheint eine der wesentlichsten Voraussetzungen für das Verständnis seines Verhaltens nach dem Abklingen der akuten Psychose zu sein. Bei einem Menschen mit ausgesprochenem Widerwillen gegen soziales Herunterkommen läßt eine Situation, die das soziale Niveau ernsthaft kompromittiert, von vornherein Krisen erwarten. Pat. nimmt dann am russisch-japanischen Krieg und am Weltkrieg teil. Durch eine Granatexplosion zieht er sich eine Verletzung der Wirbelsäule zu, er hat aber nie Kopftraumen erlitten. Er gerät in Kriegsgefangenschaft und wird später in Dänemark interniert, wo er sich seitdem immer aufgehalten hat. Er hat einige Monate als gewöhnlicher Arbeiter auf einer Schiffswerft, eine zeitlang in einer Gärtnerei gearbeitet. Er bekommt außerdem eine kleine Unterstützung von der russischen Kolonie in Kopenhagen und kann sich so gerade über Wasser halten, aber wohl kaum mehr. — Im Juli 1923 wird er wegen einer akut ausgebrochenen Psychose in die psychiatrische Abteilung des städtischen Krankenhauses eingeliefert. Hierüber gibt der obenerwähnte General S. folgende Auskunft:

Als vor kurzem die dänische Regierung ein Handelsabkommen mit Sowjetrußland abschloß, veränderte sich im Laufe weniger Tage Petroffs Wesen ganz und gar, obwohl er früher nie etwas Auffälliges gezeigt hat. Er war sehr ängstlich und unruhig, konnte sein Zimmer nicht verlassen, da er sich von den Bolschewisten verfolgt glaubte, die ihn in das H.-Lager, wo er früher interniert war, bringen, nach Rußland verschleppen und ermorden wollten. Er hat seitdem überall Spione gesehen und glaubte, im Nebenzimmer russische Stimmen zu hören, die davon sprachen, was mit ihm geschehen soll. In diesem Zustand wird er am 2. 7. ins Krankenhaus eingeliefert, wo er bis zum 3. 10. des gleichen Jahres beobachtet und dann in die Heil- und Pflegeanstalt Skt. Hans überführt wird. Aus dem Journal des Krankenhauses geht folgendes hervor: Sein Zustand erfährt während des Aufenthaltes keine nennenswerte Veränderung. Er ist geprägt von einer ängstlichen Unsicherheit, fühlt sich von den Bolschewisten verfolgt, die, wie er glaubt, seine ganze Familie in Rußland ermordet haben (er hat seit vielen Jahren überhaupt keine Verbindung mit seinen Verwandten gehabt) und ihm nach dem Leben trachten. Er hat ständig Gehörshalluzinationen, die Stimmen sprechen aber wohl mehr von ihm als zu ihm. Er hört draußen vor den Fenstern die Schreie von Menschen, die ermordet werden. Viele Geräusche, wie z. B. die der ausrückenden Feuerwehr, werden illusionär im Sinne der Wahnvorstellungen gedeutet. Er ißt sein Essen selbst, hat aber doch einmal angenommen, daß es vergiftet sei. Er ist mehr ängstlich und furchtsam als deprimiert, mehr unruhig gequält als

gehemmt. Sichere Zeichen von Sinneshalluzinationen werden nicht beobachtet, ebensowenig zeigt er irgendwann einmal katatone oder andere schizophrene Züge. Manchmal ist er so zerquält, daß er von Selbstmord spricht; er macht aber doch keinerlei Versuche in dieser Richtung. Der Umgebung gegenüber ist er niemals aggressiv; im Gespräch freundlich und zuvorkommend. Während des ganzen Aufenthaltes ist der Schlaf schlecht.

Körperlich bietet er nichts auffälliges außer einer leichten Skoliose der Columna dorsalis. Blutdruck 125 mm. W. R. im Blut negativ. Die Diagnose des Krankenhauses ist: psychogene Paranoia.

Am 3. 10. 23 wird er in die Heil- und Pflegeanstalt überführt, wo er rasch zur Ruhe kommt; bei der Entlassung am 7. 1. 1924 hat er einige Zeit nichts sicher Psychotisches aufgewiesen; man stellt hier die übliche Diagnose: Paranoia. — Im folgenden Monat hält er sich zur Erholung auf dem Lande auf, muß sich am 8. 2. wieder ins städt. Krankenhaus begeben, da die Psychose, wenn auch in weniger schweren Maße, wiedergekommen war. Das Zustandsbild ist im übrigen das alte, oben beschriebene. Während dieses Aufenthaltes bemerkt man, daß die Wahnvorstellungen nicht weiter ausgebaut worden sind, von Versuchen zur Systematisierung kann keine Rede sein, der Inhalt der Psychose scheint im Gegenteil in teilweiser Auflösung und im Verfall zu sein. Das Zustandsbild wirkt nunmehr amorph, ohne die prägnanten Züge der ersten Zeit. Die Phoneme, die Stimmen, also der höher organisierte halluzinatorische Inhalt tritt zurück, während die Akoasmen, die Primitivlaute, hier ein ständiges Pfeifen und Läuten, die annehmbarerweise während der ganzen Krankheit vorhanden gewesen sind, wenn sie auch in der ersten, mehr produktiven Phase von sekundären Inhalten verdeckt wurden, sich nun deutlicher und reiner zeigen. Pt. ist weniger ängstlich als während des ersten Aufenthaltes, wirkt beinahe etwas apathisch und verschlossen. Er ist recht mißtrauisch der Umgebung gegenüber, oft ruhelos und reizbar. Manchmal versteckt er sich unter der Bettdecke. Am 21. 4. wird er auf eigenen Wunsch ohne Besserung entlassen.

Katamnese: General S. gibt 1940 folgende Auskünfte über Petroffs Leben seit dem Jahre 1924: Für seine Umgebung war es ganz unverkennbar, daß mit ihm eine merkbare Veränderung eingetreten ist; er ist anders als die anderen und er ist nicht mehr wie früher; man hält ihn für einen Sonderling. Am auffälligsten ist, daß er nach der Erkrankung keinerlei reguläre Arbeit hat ausführen können oder wollen. Man hat diese Tatsache gutmütig hingenommen und ihm die letzten Jahre eine kleine Unterstützung ausgezahlt, die von den Mitgliedern der russischen Kolonie aufgebracht wird und von der er gerade sein Leben bestreiten kann. Er stellt sehr bescheidene Anforderungen und klagt nie. Sein Dasein besteht also im wesentlichen in einem ganz unkomplizierten Existieren. Er bekommt etwas Abwechslung durch Hilfsdienste in der Kirche; er gehört weiterhin zum festen Inventar aller Sammlungen der Kolonie, ebenso obliegt ihm die Verteilung von Zeitungen und Drucksachen an die Mitglieder. Mehrmals in der Woche ißt er bei verschiedenen Mitgliedern der Kolonie zu Mittag; das ist eine stehende Einrichtung, die er ihrer Nützlichkeit wegen schätzt; er kommt aber wohl mehr des Essens als der Gesellschaft wegen. Er ist auch kein lebhafter und amüsanter Gast. Er nimmt die Mahlzeit ohne viele Worte ein, vertieft sich dann in der Regel in eine Zeitung und verabschiedet sich bald danach. Sein Beitrag zur Unterhaltung besteht hauptsächlich in kleinen Anekdoten, die entschuldigend „weder als besonders klug noch unterhaltend" bezeichnet werden. — Neue psychotische Phasen

sind nicht aufgetreten, er fühlt sich aber nicht ganz gesund und wird vor allem noch immer durch Kopfgeräusche belästigt.

Bei unserem persönlichen Gespräch, bei dem General S. als Dolmetscher dient, zeigt er sich als ein lebhafter und straffer alter Herr, von kleiner untersetzter Gestalt; der Kopf, der zu keinem bestimmten Typus gerechnet werden kann, ist kräftig, mit markanten Zügen, dunklen, etwas unruhigen Augen und schwarzem Vollbart. Die ganze Gestalt wirkt etwas verwahrlost und ungepflegt, wie man es bei einem Menschen, der 72 Jahre als Junggeselle verbracht hat, erwarten kann. Er ist höflich und antwortet bereitwillig auf alle Fragen. Er wirkt nicht mißtrauisch oder ängstlich oder sonstwie psychiatrisch auffällig. Seine Vitalität scheint in einem für das Greisenalter auffälligem Maße erhalten zu sein, und weder geistig noch körperlich sind die geringsten Zeichen von Herabsetzung zu spüren. Er gibt an, daß ihn die erwähnten Geräusche noch immer belästigen und daß er noch oft die Leute auf der Straße von sich sprechen hört; sie sagen z. B.: „Sieh mal, der dort ist von den Bolschewisten geplagt worden" u. a. Er fühlt sich nicht mehr verfolgt oder bedroht, ist aber noch immer von der Echtheit seiner Vorstellungen im Jahre 1923 überzeugt.

Hinsichtlich der symptomatologischen Beschaffenheit der akuten Krankheitsphase liegt die Übereinstimmung mit den *Allers*schen Patienten ja klar zutage. *Allers*' zusammenfassende Charakteristik der drei von ihm beobachteten Fälle kann beinahe wörtlich auf unseren Fall angewendet werden:

„Bei ängstlich-depressiver, zeitweise — besonders im weiteren Verlauf — auch gereizter Stimmung entwickeln sich persekutorische Wahnideen, die sich um Besorgnisse der Sicherheit des eigenen Lebens wegen gruppieren, aber sich gelegentlich auch auf die Angehörigen erstrecken. Sie sind begleitet und bilden den Inhalt von einer interpretativen Auffassung der Umwelt und illusionären Umdeutung von Vorgängen in derselben, manchmal auch von akustischen Halluzinationen. Die halluzinierten Reden richten sich nicht an den Kranken, sondern handeln von ihm in der dritten Person. Die ängstliche Stimmung kann zu gewaltsamen Reaktionen, Aggressionen und Selbstmordversuchen führen . . . als letztes Mittel, den drohenden Gefahren und der quälenden Ungewißheit zu entgehen."

Man wird aber sofort sehen, daß auch in der akuten Phase Unterschiede zwischen den *Allers*schen Fällen und dem hier mitgeteilten bestehen. Während die *Allers*schen Patienten brüsk in ein sprachfremdes Milieu verpflanzt werden, hat sich Petroff, ohne etwas auffälliges merken zu lassen, jahrelang in einem Lande aufgehalten, dessen Sprache er nicht versteht und nicht sprechen kann[1]). (Die psychogene Situation bei *Allers*' Patienten ist übrigens keineswegs eindeutig sprachlich bestimmt, was der Verfasser vielleicht nicht deutlich genug hervorgehoben hat. Es wäre wohl zweifelhaft, ob

[1]) Eine Anfrage bei der Schiffswerft, in der er 1920 einige Monate gearbeitet hat und von der er wegen Arbeitsmangel entlassen wurde, ergibt, daß man bei ihm nichts auffälliges bemerkt hat.

die drei Soldaten *Allers*' in einem sprachfremden Milieu psychotisch reagiert hätten, wenn nicht noch das psychische Trauma der Kriegsteilnahme und der Gefangennahme bzw. der Verwundung mitgewirkt hätte.) — Erst als eine Handelsvertretung der Sowjetrepubliken nach Dänemark kommt, werden die psychotischen Mechanismen in Bewegung gesetzt und erreichen im Laufe weniger Tage ihr Maximum. Wir müssen uns die Psychose als Ergebnis des Zusammenwirkens mehrerer Noxen denken: die sprachliche Isolation ist ein wichtiger prädisponierender und präformierender (die Psychose nimmt vor allem akustische Form an) Faktor für die paranoide Reaktion. Die gleiche prädisponierende Bedeutung dürfte dem recht niedrigen intellektuellen Niveau zugeschrieben werden können[1]). Bei dem alten zaristischen Offizier muß schließlich jedes Ereignis, das mit den verhaßten Bolschewisten in Verbindung steht, peinliche Erinnerungen an den Zusammenbruch des Regimes erwecken, dem er selbst mit Haut und Haar angehört, und an die höchst unbehaglichen Konsequenzen, die die Revolution für die alte russische Oberklasse und den Offiziersstand hatte; die Ankunft der Sowjetabordnung wird eine Determinante mit doppelter Bedeutung; sie wirkt psychogen, bildet die Psychose bei einem Menschen, der aus anderen Gründen zu Psychosen neigt, und sie wirkt pathoplastisch, bestimmt die Krankheit inhaltsmäßig. (Wer den Fall als eine passagere endogene Prozeßschizophrenie auffassen will, muß in der Formel für den Aufbau der Psychose hinsichtlich des letzten Faktors, der Ankunft der Sowjetabordnung, „psychogen" mit „psychoprovokatorisch" ersetzen, — der pathoplastische Effekt ist natürlich der gleiche in beiden Auffassungen.) — Schließlich kann der Vollständigkeit halber noch eine besondere, individuelle paranoide Prädisposition erwähnt werden: unbewußte homosexuelle Tendenzen (Petroff ist nie verheiratet gewesen und hat nie besonderes Interesse für das andere Geschlecht gezeigt), deren Bedeutung ja besonders die psychoanalytische Schule hervorgehoben hat. Die Exploration ist ja in

---

[1]) Die intellektuelle Minderwertigkeit scheint bei den Patienten der sprachfremden Paranoiagruppe ein recht konstanter Faktor zu sein, jedoch dürfte es sich in den bisher beschriebenen Fällen kaum um schwerere Formen von Debilität gehandelt haben. Aus der beinahe einstimmigen Hervorhebung des intellektuellen Defektes kann man aber wohl doch den Schluß ziehen, daß auch leichtere Formen von Minderbegabung ein prädisponierender Faktor von gewisser, wenn auch nicht besonders wesentlicher Bedeutung für paranoide Reaktionen sind. Daß die eigentliche Debilität ein wohlgeeignetes Substrat für reaktive paranoide Psychosen ist, ist durch *Medows*, *Neustadts* u. a. Arbeiten wohlbekannt.

diesem Falle nicht mit der Eindringlichkeit vorgenommen worden, die mehr als die vagesten Vermutungen in dieser Richtung zuließe.

Der Unterschied zu den *Allers*schen Patienten liegt indessen vor allem in der Persistenz der pathogenen sprachlichen Situation. Die sprachliche Isolation hält an und der Patient bleibt deshalb dabei, die Sprachäußerungen der Umgebung illusionär umzudeuten (die Leute auf der Straße sprechen von ihm). Er findet so eine stets erneute, subjektiv überzeugende Argumentation für die Richtigkeit der alten Wahnvorstellungen; hingegen produziert er keine neuen falschen Vorstellungen persekutiver Art. Der Fall schließt sich also hinsichtlich der Beschaffenheit der krankheitsauslösenden Situation den *Allers*schen Fällen an. Auf der anderen Seite finden wir dem Verlauf nach eine nahe Übereinstimmung mit den paranoiden Psychosen Schwerhöriger durch die chronische sprachliche Isolierung.

Während also die akute Krankheitsperiode kaum zu differentialdiagnostischen Schwierigkeiten Anlaß gibt, verführt gerade das weitere Schicksal des Patienten, das vor allem durch einen auffälligen Mangel an Initiative und durch Passivität charakterisiert wird, dazu, an die Möglichkeit einer Schizophrenie mit dem Ausgang in leichte Demenz zu denken. Gegen diese Vermutung spricht zunächst der Umstand, daß der Patient niemals die Symptome aufweist, die als sichere prozeßschizophrene Phänomene allgemein anerkannt sind (Gedankenübertragung- und -entzug, der inkohärente Gedankengang, Autismus, die affektive Verödung und eine Reihe zum Teil recht charakteristische halluzinatorische Erlebnisse); nur die Deklassierung, die nach dem Ablauf der akuten Phase beobachtet wird, und die leicht als ein prozeßbedingter Defekt imponiert, lenkt die Gedanken auf Schizophrenie hin. Entscheidend für die differentialdiagnostische Wahl wird hier der Umstand, daß es möglich ist, die defektähnliche Haltung des Patienten, seine Hingabe an den Schutz der Umgebung und seine ganze veränderte Persönlichkeit als die psychologische Reaktion eines Menschen von bestimmter Persönlichkeitsstruktur in einer gegebenen kritischen Lebenssituation zu verstehen. Dieser Mann hat, soweit wir ihn kennen, nur einen Ehrgeiz in seinem Leben gehabt: das kleinbürgerliche Dasein mit der äußerlich glänzenderen Offizierslaufbahn zu vertauschen. Das heißt, das wichtigste Problem seines Lebens ist die Konsolidierung einer bestimmten Stellung anderen Menschen und dem Dasein gegenüber gewesen, so daß ein angemessenes Verhältnis zwischen den äußeren Umständen und der äußeren Anerkennung erreicht wird, die ihm und seinen Gaben und Möglichkeiten

zugute kommt. Sein Verhalten weicht hierbei kaum von dem des normalen Menschen ab; nur wenige werden volle äußere Sicherheit und innere Zufriedenheit erreichen und die meisten werden in irgendeiner Form zur Resignation greifen müssen, da die äußeren Umstände eine volle Entfaltung ihrer Persönlichkeit nicht zulassen[1]).

Petroff gelang es zunächst, seine Wünsche zu verwirklichen; er erreichte die Offiziersausbildung, wurde ein brauchbarer Soldat und wird nach und nach zum Hauptmann befördert. Soweit ist alles gut, — er kann unter diesen Bedingungen sein Gleichgewicht halten. Die Krise in seinem Leben setzt ein, als er im Weltkrieg in Dänemark interniert wird. Die Verhältnisse verhindern die Fortsetzung des Soldatendaseins. Der harte Kampf ums tägliche Brot in einem fremden Land zwingt ihn, unter für einen alten Offizier demütigenden Verhältnissen grobe und schlecht bezahlte Arbeit anzunehmen. Die Lage wird weiterhin verschärft durch die menschliche Isolation, in der er sich befindet. Er kennt niemanden und kommt höchstens mit Mitgliedern der russischen Kolonie in Kopenhagen zusammen, die jedoch im wesentlichen aus kultivierten Oberklassenmenschen besteht, denen gegenüber er sich bei seiner sozialen Überempfindlichkeit minderwertig vorkommen muß. Er steht seinen Arbeitskollegen fremd gegenüber, seine ganze Einstellung ist eine andere, er versteht ihre Sprache schlecht und kann sich nur in den allerbanalsten Situationen verständlich machen. Eine Familie, Frau und Kinder, für die er verantwortlich gewesen wäre, hätte vielleicht an seinen Selbsterhaltungstrieb appellieren und ihn in entscheidender Weise stärken können beim Kampfe um die Erhaltung einer auf eigener Anstrengung basierten Existenz. Er ist außerdem nicht mehr jung. Selbst für einen Menschen mit sozial fester struktuierter Persönlichkeit und besserem intellektuellen Rüstzeug, würde die Aufnahme eines schwierigen Existenzkampfes im Alter von 55 Jahren unter stark herabgesetzten sozialen Verhältnissen einer recht ernsthaften Anstrengung bedürfen, an deren günstigen Ausgang man mit Recht von vornherein zweifeln könnte. Das slawische Temperament, das wohl mehr Neigung zu ruhiger Meditation als zu tätigem Handeln hat, hat möglicherweise auch eine Rolle gespielt.

Er kapituliert in diesem ungleichen Kampfe gegen das Schicksal, resigniert und übergibt sich dem dauernden Versorgtwerden. Das

---

[1]) Ich bin hierbei in hohem Maße einigen Betrachtungen über das Persönlichkeitsbewußtsein verpflichtet, die Dr. med. Erik Strömgren in einer Vorlesungsreihe über episodische Psychosen vorgebracht hat. (*Erik Strömgren:* Episodiske Psykoser, Munksgaard, Köbenhavn, 1940.)

Mittel hierzu wird die Erkrankung von 1923—24. Er nutzt sie aus, wie jeder von uns einmal eine selbstgeschaffene oder aufgezwungene Situation ausnutzt, um sich den gestellten Anforderungen zu entziehen. Nachdem er die akute Krankheit überstanden hat, gleitet er in einen chronischen, lebenslangen Rekonvaleszentenzustand über. Er stellt seine Umgebung damit vor eine endgültige Tatsache: daß er noch immer krank ist, was man nicht leugnen kann; er leidet an einem chronischen paranoiden Zustand, im wesentlichen einem Residualwahn, wie man ihn so oft nach dem Ablauf psychogener paranoider Zustände sieht[1], —und er stellt sie vor eine Forderung: daß er so krank ist, daß er überwiegend arbeitsunfähig ist, was man bezweifeln darf. Petroff kann deshalb in seinem jahrelangen Invaliditätszustand — wenn man eine präzise psychiatrische Charakteristik dieser Lebensgeschichte beinahe literarischen Zuschnitts vorzieht — beinahe als Hysteriker bezeichnet werden; Prozeßpsychotiker ist er nicht. Der beobachtete Bruch in der Persönlichkeit kann genetisch verstanden werden; nichts zwingt uns dazu, ihn als eine nur kausal erklärbare, psychologisch unzugängliche Verwandlung anzuerkennen.

Die Pointe dieser Katamnese liegt also darin, daß es glückte, den rein funktionellen und reaktiven Charakter des Falles wahrscheinlich zu machen trotz einer oberflächlichen Ähnlichkeit mit einer dementiven Prozeßpsychose. — *Birnbaum* hat heftig die verbreitete Gewohnheit gerügt, überall dort die alles verschlingende Schizophreniediagnose zu stellen, wo eine Psychose mit unsicherer Ätiologie einen ungünstigen Verlauf nimmt, und hat die Bedeutung der psychoplastischen Faktoren für das weitere Schicksal vieler Psychotiker hervorgehoben. Er sagt hierüber in „Der Aufbau der Psychose“ (S. 33): „Und sie (die Aufbauanalyse) hat darüber hinaus ganz allgemein bewiesen, daß es neben pathogenetischen Verlaufsformen auch pathoplastische gibt. Zumal bei gewissen funktionellen: konstitutiven, wie vor allem psychogenen Krankheitstypen trat unverkennbar zutage, daß selbst so schwerwiegende, anscheinend zutiefst im Wesen des Krankheitsvorganges selbst wurzelnde Verlaufseigenheiten, wie Progressivität und Unheilbarkeit, sehr wohl durch psychoplastische Beziehungen, äußere Bedingungen psychologischer Art herbeigeführt sein können. Eindringlich genug spricht auch in diesem Sinne, wenn selbst ein Autor

[1]) Besonders *Bonhoeffer* hat hervorgehoben, daß dies Festhalten paranoider Reste eine beinahe normalpsychologische Handlung ist und hat darauf aufmerksam gemacht, wie schwierig in solchen Fällen die Differentialdiagnose progressiven paranoiden Prozessen gegenüber sein kann.

wie *Kraepelin*, der von jeher wohl am stärksten die Abhängigkeit von Ablaufsweise und Ausgang vom Krankheitsprozeß als solchem betont hat, wenn gerade er bei gewissen Typen — Paranoia und Querulantenwahn — die Progressivität und Unheilbarkeit aus äußeren psychologischen Faktoren: grundsätzliche bzw. tatsächliche Unmöglichkeit eines befriedigenden Abschlusses des Kampfes zwischen krankhaften Ansprüchen und Widerstand der Umgebung — ableitet."

Will man aber den Gedanken absolut nicht aufgeben, daß in diesem Falle zum mindesten in der akuten Periode ein endogener Prozeß eine Rolle gespielt hat, muß man aber doch wohl zugeben, daß bei der Entstehung des schließlichen Defektzustandes pathoplastische Faktoren kräftig mitgewirkt haben. Gerade in einem solchen Falle zeigt sich die strukturanalytische Aufbaubetrachtung der alten eindimensionalen Wertungsweise überlegen. Die steife Problemstellung: Prozeß oder Entwicklung, die mit einem kategorischen entweder—oder beantwortet werden mußte, wurde von einer geschmeidigeren Diagnostik abgelöst, die gleichzeitig in verschiedenen Schichten arbeitet. Soll die Prozeßmöglichkeit aufrecht erhalten werden, ist es am natürlichsten, den Fall zu der besonderen Gruppe von Schizophrenien zu rechnen, die recht rasch in einem Zustandsbild fixiert werden, das *Kretschmer* mit seinem Sinn für prägnanten Neologismus „Fassadenpsychosen" genannt hat; d. h. die äußere Fassade der akuten Periode bleibt zum großen Teil stehen und simuliert einen schweren Defektzustand mit Stereotypien, Wahninhalten usw., während in Wirklichkeit der endogene Prozeß stark abgeflaut oder vielleicht ganz zur Ruhe gekommen ist. Die Formel zum Verständnis dieser Defektzustände ist das dunkle Gefühl des Patienten, daß die Psychose ihn soweit zerstört hat, daß es nichts nützt, auf den Resten etwas neues aufzubauen; das Ergebnis wird die Flucht vor der Wirklichkeit und die Stabilisierung eines äußeren Krankheitsbildes in einer — vom Standpunkt des Patienten verständlichen — „Zweckreaktion". Wieviel in dem Symptombild schizophrener Endzustände pathoplastisch abhängig ist, geht auch aus Untersuchungen von *Simon* und später *Leonhard* über die symptomlösende Wirkung der Arbeitstherapie hervor.

Die diagnostische Wahl liegt also hier zwischen zwei Möglichkeiten, die einander recht nahestehen. Entweder darf man eine psychisch reaktive Genese für alle die Zustands- und Verlaufseigentümlichkeiten des Falles anerkennen oder man postuliert einen endogenen — also nicht psychologischen — Prozeß als den Kern der

Psychose muß aber dann doch zugeben, daß Psychogenie und Pathoplastik um diesen Kern herum den massiven Oberbau symptomatologischer Details geschaffen und auch den Verlauf in entscheidender Weise determiniert haben, so daß wir mit der Diagnose „Schizophrenie" nur eine Seite des Wesens der Psychose treffen und zwar nicht den bedeutungsvollsten. Gerade mit Hinblick auf diesen Fall kann an einen Umstand erinnert werden, den schon *Wilmanns* vor Jahrzehnten hervorgehoben hat: die vielen Fehldiagnosen auf diesem Gebiete werden zum großen Teil verschuldet durch eine Überschätzung der Residualdemenz nach einer passageren Schizophrenie bei Patienten mit einem — natürlich auch präpsychotisch vorhandenen—mehr oder weniger schweren Intelligenzdefekt.

So lange das biologische Fundament der Psychiatrie so wenig exakt ist, muß die Diagnostik sich noch immer in wesentlichem Grad auf die Erfahrung und die Intuition des Einzelnen stützen. Aus dem gleichen Grunde machen sich persönlich gefärbte Sympathien für bestimmte generelle Betrachtungsweisen und gewisse Diagnosen geltend. Die Richtigkeit der obenstehenden Konklusionen im Falle Petroff können natürlich angezweifelt werden, sie erscheinen mir aber in hohem Maße diskussionsberechtigt. Sie sind es vielleicht um so mehr, als die hinter ihnen liegenden Gesichtspunkte zu den Wertungsmaßstäben antithetisch sind, die im Augenblicke — wesentlich unter dem Einfluß eines somato-therapeutischen Optimismus — zum mindesten in der europäischen Psychiatrie bevorzugt werden. Die Psychiatrie besteht in ihrer jetzigen Entwicklungsphase mehr aus Problemstellungen, zum größten Teil sogar in unklaren und unfertigen Formulierungen, als aus endgültig gelösten Aufgaben, in denen ein klarer Kausalzusammenhang festgestellt werden könnte. In einer solchen Entwicklungsperiode kann man mit Recht behaupten, daß eine Wissenschaft in ebenso hohem Maße gesunder Antithesen bedarf wie einer steten Bekräftigung von Gesichtspunkten, die trotz aller ihrer Bedeutung die Forschung doch nur eine begrenzte Zeit lang inspirieren können. Daß *Birnbaum*s und *Kretschmer*s Aufbaubetrachtung mit allen ihren Konsequenzen eine fruchtbare Überrieselung eines Bodens bedeutet hat, den generationenlanger Gebrauch trocken und unfruchtbar gemacht hatte, kann niemand bestreiten, der je den Versuch gemacht hat, sich in ihre Gedankengänge einzuarbeiten.

Erkrankungs-, Heirats-, Unfruchtbarmachungsalter und Kinderschaften der Schizophrenen in Wiesloch

Von

Dr. J. Jordans

Mit 1 Figur im Text

(Aus der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch. Direktor: Dr. *Möckel*)

(Eingegangen am 30. Mai 1940)

Durch die neueren Forschungen über die Vererbung von Geisteskrankheiten sowie durch die Maßnahmen des nationalsozialistischen Staates zur Förderung erbgesunden und zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ist die Aufmerksamkeit in erhöhtem Maße auf die bevölkerungspolitische Bedeutung der Geisteskranken gelenkt worden. Zu ihrer richtigen Einschätzung bedarf es vor allem gesicherter Feststellungen über Erkrankungs- und Heiratsalter, Heiratshäufigkeit und Kinderzahl der Geisteskranken.

Angaben hierüber sind nicht allzu zahlreich veröffentlicht und zudem meist an zu kleinem Material gewonnen worden. Außerdem wurden in den älteren Arbeiten die Geisteskrankheiten als Einheit behandelt und nicht nach Untergruppen gesondert betrachtet. Wie es aber von vornherein wahrscheinlich war und auch durch die Forschungen *Essen-Möllers* bestätigt wurde, sind nicht nur Erkrankungsalter, sondern auch Heiratshäufigkeit und Kinderzahlen bei den verschiedenen Arten von Geisteskrankheiten sehr verschieden. Es lag daher nahe, das umfangreiche Krankengeschichten- und Aktenmaterial einer großen psychiatrischen Anstalt nach obigen Gesichtspunkten durchzusehen.

Die Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch bei Heidelberg ist mit über 1500 Patienten die größte Krankenanstalt dieser Art in Baden und umfaßt als Aufnahme- bzw. Übernahmebezirk ganz Nordbaden mit fast 1 Million Einwohnern.

Es zeigte sich nun, daß die Ergebnisse bezüglich des Erkrankungsalters usw. von Manisch-Depressiven und Epileptikern nicht zu verwerten waren, da sie nur an einer Auslese von schwersten Krank-

heitsfällen gewonnen werden konnten. Denn die leichter erkrankten Manisch-Depressiven pflegen nur vereinzelt in eine Heil- und Pflegeanstalt zu gelangen, und von den Epileptikern nur solche mit erheblichen Wesensveränderungen. Dagegen können die an den Schizophrenen erhobenen Befunde nach Vornahme einiger später zu erwähnenden Korrekturen als repräsentativ für diese Geisteskrankheit angesehen werden.

Die vorliegende Arbeit erfaßt die seit Eröffnung der Anstalt im Oktober 1905 bis zum Februar 1938 dort aufgenommenen Schizophrenen, soweit die Diagnose genügend gesichert war, und die Angaben über Alter, Familienstand und Kinderzahl ausreichend erschienen. Aus den Krankengeschichten wurden alle Fälle ausgewählt, bei denen die Diagnose Schizophrenie, Dementia praecox, Hebephrenie, Katatonie, Dementia paranoides oder Paraphrenie gestellt worden war. Solche Fälle, bei denen die Diagnose nicht genügend gesichert erschien, wurden zu klären versucht und, falls dies nicht möglich war, ausgeschieden. Ebenfalls wurden nicht mitgezählt die im ganzen etwa 70 Fälle sogenannter Pfropfschizophrenie oder Propfhebephrenie.

Die Angaben über Alter, Familienstand und Kinderzahl wurden bei den vor 1910 aufgenommenen Kranken den Gemeinde- (Stadt-)rätlichen Fragebogen für die Aufnahme in eine öffentliche oder private Irrenanstalt, nach 1910 dem Zeugnis der Ortspolizeibehörde für die Aufnahme in eine öffentliche oder private Irrenanstalt (Muster II zu § 14 Abs. 3 der Verordnung vom 30. Juni 1910) entnommen. Es wurden aber außerdem die Krankengeschichten auf etwaige Angaben obiger Art durchgesehen und die ortspolizeilichen Angaben nötigenfalls korrigiert. Denn auch *Essen-Möller* fand bei seinen Untersuchungen, daß die gefundene Kinderzahl sich durch Befragen von Familienangehörigen erheblich erhöhte. Er erklärte dies damit, daß in den amtlichen Zeugnissen sehr früh gestorbene Kinder oft nicht aufgeführt werden. Manche Angaben konnten auch noch Gesuchen der Familienangehörigen, Entmündigungsgutachten und dergleichen Aktenstücken entnommen werden. Eine sehr kleine Zahl von Fällen, bei denen weder aus amtlichem Zeugnis noch aus der Anamnese eindeutige Verhältnisse hervorgingen, mußte ausgeschieden werden. Es ist also wohl anzunehmen, daß nach Anwendung aller dieser Vorsichtsmaßnahmen die gefundenen Zahlen den tatsächlichen Verhältnissen weitgehendst entsprechen.

Nach Ausscheidung der unklaren Fälle wurden 3114 Schizophrene in die Statistik aufgenommen, und zwar 1514 Männer und 1600 Frauen.

Um ein einheitliches Zahlenmaterial zu gewinnen, wurde bei jedem Patienten in der Krankengeschichte und in den Akten nachgeforscht, ob er sich schon zu einem früheren Zeitpunkt in einer psychiatrischen Anstalt oder Klinik aufgehalten hatte. War dies

der Fall, so wurden die für die damalige Zeit geltenden Daten eingesetzt. Es entsprechen also in der vorliegenden Statistik die Angaben über Erkrankungsalter, Familienstand und Kinderzahl immer den Verhältnissen bei der ersten Aufnahme in eine psychiatrische Anstalt oder Klinik, gleichgültig ob diese erste Internierung in Wiesloch oder anderswo erfolgte. Zwar ist anzunehmen, daß die Krankheit bei manchen Patienten schon eine gewisse Zeit vor der Aufnahme in Erscheinung getreten war, worauf auch gelegentlich die Anamnese hinwies, aber solche Angaben waren meist zu unbestimmt, als daß hieraus auch nur annähernd der genaue Zeitpunkt für das erste Auftreten sicherer Krankheitszeichen sich hätte erschließen lassen. Zudem beginnen ja viele Fälle von Schizophrenie so schleichend, daß man nicht mit Bestimmtheit sagen könnte, wann die eigentliche Krankheit sich manifestiert habe. Aus diesen Gründen, und um eine Ungleichmäßigkeit in der Behandlung der Fälle zu vermeiden, wurde darauf verzichtet, den genauen Zeitpunkt für das Erscheinen der ersten Krankheitssymptome zu errechnen und wurde statt dessen das Alter bei der ersten Anstaltsaufnahme als das „klinische Erkrankungsalter" eingesetzt. Dieses Alter wird sich wohl auch in den meisten Fällen mit dem Zeitpunkt decken, in dem die Diagnose der Schizophrenie mit allen ihren ärztlichen und rechtlichen Konsequenzen sich hätte stellen lassen.

Das Heiratsalter war aus den ortspolizeilichen Zeugnissen nicht zu ersehen. Bei 574 Kranken, d. h. also bei mehr als der Hälfte der verheirateten, konnte es jedoch aus den Krankengeschichten ermittelt werden; in den übrigen Fällen waren hierüber keine Unterlagen vorhanden, so daß sie in dieser Frage ausgeschieden werden mußten. Daß bei der kleineren Hälfte der verheirateten Kranken sich in der Krankengeschichte nur die Tatsache der Verheiratung, nicht aber auch das Heiratsalter bezw. -jahr vorfand, ist wohl aus der abweichenden Meinung der jeweils explorierenden Ärzte über die Bedeutung dieser Frage zu erklären. Daß hier noch irgend ein anderes Ausleseprinzip mitspielt, ist nicht anzunehmen.

Die ehelichen Kinder wurden bei schizophrenen Männern und Frauen registriert, die unehelichen dagegen nur bei den Frauen, da nur hier genügend zuverlässige Angaben vorhanden waren.

Um einen tieferen Einblick in das biologische Geschehen zu gewinnen, durfte man sich nicht einfach darauf beschränken, das Durchschnittserkrankungsalter festzustellen und hierauf alle zusammengezählten Daten zu beziehen, sondern man mußte die Patienten in bestimmte Altersklassen eingliedern und für diese

genügend zahlreichen Altersklassen nun jeweils Heiratshäufigkeit und Kinderzahl errechnen. Für die vorliegende Arbeit erschien die Einteilung in Fünfjahresklassen im allgemeinen ausreichend, nur für das Heiratsalter und das Unfruchtbarmachungsalter war es angebracht, Zweijahresklassen aufzustellen.

Bei der Auswertung der gefundenen Zahlenverhältnisse tauchte nun eine Frage von größter Wichtigkeit auf, die zuvor geklärt werden mußte: Sind denn eigentlich die bei Anstaltsinsassen erhobenen Befunde überhaupt als repräsentativ für die betreffende Geisteskrankheit als solche anzusehen, oder handelt es sich hier nicht vielmehr um eine Auslese von schwersten Fällen, die einen Rückschluß auf die tatsächlichen Verhältnisse gar nicht oder doch nur in sehr beschränktem Maße zuläßt. Für das manisch-depressive Irresein und die Epilepsie wurde die Frage bereits in letzterem Sinne beantwortet und daher auf eine Untersuchung verzichtet. Bei der Schizophrenie dagegen konnten wir durch die folgenden Überlegungen und die Vornahme einer geeigneten Korrektur zu weitgehend richtigen Zahlen kommen.

Feststellungen über die Aufnahmehäufigkeit bei Schizophrenie, die durch Untersuchungen der Normalbevölkerung erhoben waren, wurden bereits von *Brugger* veröffentlicht. Bei seinem Versuch einer Geisteskrankenzählung in Thüringen stellte er fest, daß auch viele Geisteskranke, die als nicht asyliert galten, doch einmal, meist im Pubertätsalter, in einer Anstalt interniert gewesen waren.

„Es zeigte sich, daß bei einer intensiven Forschung des ganzen Lebenslaufes nur wenige Auffällige gefunden werden, die nicht mindestens einmal in ihrem Leben, sei es auch nur für kurze Zeit, in eine Anstalt gekommen sind."

Bei der Besprechung seiner Ergebnisse einer medizinischen, anthropologischen und soziologischen Bevölkerungsuntersuchung, die er in einem Bevölkerungskreis von 5425 Personen im Allgäu durchführte, kommt *Brugger* zu gleichen Resultaten. Von den 12 Schizophrenen, die er in diesem Bezirk feststellen konnte, waren alle schon mindestens einmal in Anstalten untergebracht. Wenn auch die Kleinheit der Zahlen eine gewisse Fehlerquelle bedeutet, so spricht doch die Übereinstimmung der Resultate in Thüringen und im Allgäu dafür, daß es sich hier nicht um ein bloßes Zufallsprodukt handelt, sondern daß die Schizophrenen wohl in den meisten Fällen wenigstens einmal in ihrem Leben in einer Anstalt aufgenommen werden.

Daß dies jedoch nicht bei allen Schizophrenen der Fall ist, insbesondere nicht bei den verheirateten, dafür sprechen doch wieder gelegentliche Hinweise in der Anamnese auf eine vorausgegangene längerdauernde häusliche Pflege und die Erfahrungen der Anstalts-

psychiater über die häufigen vorzeitigen Entlassungsgesuche seitens der Ehegatten verheirateter Kranker. Die Frage, ob nun auch Verheiratete von vornherein weniger häufig in die Anstalt eingeliefert werden als Ledige, mußte daher geprüft werden.

Über die Faktoren, die bei Pflegebedürftigkeit überhaupt zur Aufnahme in eine öffentliche Anstalt führen, berichtete *Franz Goldmann* 1927 im Handbuch der sozialen Gesundheitsfürsorge. Bei der Erörterung der Siechenhäuser und Altersheime schrieb er:

„Nicht das Alter oder die chronische Erkrankung an sich, sondern der in ihrem Verlaufe auftretende wirtschaftliche Notstand, Ungunst der Wohnungsverhältnisse, in anderen Fällen wieder das Fehlen der Familie sind wesentliche Gründe, daß die Träger der öffentlichen Fürsorge von den Fürsorgebedürftigen um Pflege in einer Krankenanstalt angegangen werden."

Bei einer Erfassung sämtlicher Kranker der Berliner Krankenanstalten am Volkszählungstag im Jahre 1925 fand derselbe Autor, daß die Verheirateten unverhältnismäßig sehr viel seltener als die Ledigen im gleichen Alter und auch noch viel seltener als die gleichaltrigen Verwitweten und Geschiedenen in Anstaltspflege kommen.

Eingehend wurde diese Frage bei Geisteskranken von *Essen-Möller* untersucht. Auch er fand, daß die Ledigen bedeutend häufiger zur Aufnahme kommen als Verheiratete. Er erklärte dies damit, daß verheiratete Kranke oft in ihren Familien Pflege finden; sie müßten vielleicht noch für ihre Familie sorgen und könnten deshalb nicht so leicht wie ein Lediger dem Zusammenleben entzogen werden. Mit Hilfe eines sinnvollen Verfahrens, das hier nicht näher besprochen werden kann, berechnete er, um wieviel häufiger Verheiratete in häuslicher Pflege behalten werden als Ledige. Mit Anwendung des dabei gefundenen Korrektionsfaktors konnte er aus seinem Münchener Klinikfällen die tatsächliche Heiratshäufigkeit der Schizophrenen in Südbayern erschließen. Er fand nämlich, daß Verheiratete nur in der Hälfte der Fälle zur Internierung gelangen als die Ledigen. Verdoppelte er daher die Zahl der aufgenommenen Verheirateten, so kam er zu richtigen Werten.

Der Korrektionsfaktor konnte für das Wieslocher Material nicht errechnet werden, da hierzu ein sehr umfangreiches Vergleichsmaterial der Normalbevölkerung hätte bearbeitet werden müssen. Dies war aber aus technischen Gründen zur Zeit unmöglich. In seiner vollen Höhe konnte jedoch der Korrektionsfaktor *Essen-Möllers* für die Wieslocher Schizophrenen nicht übernommen werden, wie sich aus nachstehenden Überlegungen ergibt. Denn nach den Erfahrungen der Anstaltspsychiater führen doch die mittelschweren und schweren Verläufe eines schizophrenen Schubs wenigstens in den letzten Jahrzehnten fast immer zur Aufnahme. Die Einführung eines Korrektionsfaktors würde hierbei die wahren Verhältnisse verzerren. Dagegen werden bei den leichteren Formen erfahrungsgemäß auch heutzutage noch Ledige viel häufiger ein-

geliefert als Verheiratete, wenn auch die Tendenz zu einer immer häufigeren Aufnahme auch der leichteren Erkrankungen allmählich auch hier die Verhältnisse zu verschieben scheint. Im großen und ganzen ist aber bei den leichteren Fällen der Korrektionsfaktor 2 nicht zu hoch gegriffen. Aus diesen Erwägungen heraus kann ein mittlerer Korrektionsfaktor von 1,5 für alle verheirateten Schizophrenen insgesamt mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit als richtig gelten. In dieser Höhe wurde er denn auch in der vorliegenden Arbeit verwertet. Findet sich also in den beigefügten Tabellen die Bemerkung: „Korrigierte Zahlen", so sind immer die aus dem Anstaltsmaterial ermittelten Verheiratetenzahlen um die Hälfte höher eingesetzt worden. Selbstverständlich mußte man überall da, wo man die Verheiratetenziffern erhöhte, auch die Gesamtzahl der ehelichen Kinder in demselben Maße vergrößern, sonst hätte man ja das gefundene Zahlenverhältnis Kinderzahl pro Ehe gänzlich verzerrt! So aber blieb diese Funktion Kinder pro Ehe in ihrer gefundenen Größe erhalten.

In den Tabellenanhang wurden aber nicht nur die korrigierten Zahlen aufgenommen, sondern auch die ursprünglich ermittelten, um für eventuelle Berechnungen anderer Art und für künftige Vergleichungen mit dem Material anderer Anstalten nicht die Grundlagen zu verwischen. So enthalten denn die Tabellen 1—8 die unveränderten, die Tabellen 9—12 und 15—17 die korrigierten Zahlen für alle Schizophrenen insgesamt. Die Tabellen 13—14 und 18 veranschaulichen das Heiratsalter bzw. Unfruchtbarmachungsalter, wobei natürlich ein Korrektionsfaktor nicht eingesetzt zu werden brauchte. Tab. 19—37 geben dann die Verhältnisse bei den Hebephrenen, Katatonen und Paranoiden wieder, teils in den gefundenen Maßen unverändert, teils korrigiert, wie aus den Bezeichnungen jeweils hervorgeht.

Außer der Sonderung von männlichen und weiblichen Probanden erfolgte in den Tabellen 1—12 noch eine Trennung nach der vor 1919 oder ab 1919 erfolgten ersten Anstaltsaufnahme. Dies hatte zunächst den Zweck, nachzuforschen, ob und in welchem Ausmaß der in der normalen Bevölkerung festgestellte Geburtenrückgang sich auch bei der Kinderzahl der Schizophrenen beobachten ließ. Dann konnten aber aus bestimmten Zahlenunterschieden noch weitere Erkenntnisse gewonnen werden, über die später berichtet wird.

In den nachstehenden Ausführungen sollen nun die in den Tabellen niedergelegten Befunde erläutert und ihre Ergebnisse kritisch betrachtet werden.

Daß die Zahl der wegen Geisteskrankheiten, insbesondere auch

der wegen Schizophrenie Internierten in den letzten Jahrzehnten weit über die durch den Bevölkerungszuwachs bedingten Maße hinaus zugenommen hat, konnte wie von *Lange*, *Pfister*, *Prinzing* u. a. auch von mir bei der Materialsammlung für diese Arbeit festgestellt werden. Von den 3114 Schizophrenen des Wieslocher Materials waren 1055 von Ende 1905 bis Ende 1918, also in 13 Jahren, und 2059 von Beginn 1919 bis Anfang 1938, also in 19 Jahren aufgenommen worden. Bei Berücksichtigung der wachsenden Bevölkerungsziffern hätte man in den 19 letzten Jahren etwa 600 bis 700, nicht aber 1000 Aufnahmen mehr als in den 13 Vorkriegsjahren erwarten können. Dieser unverhältnismäßig große Zuwachs an Erstaufnahmen hält auch in den letzten Jahren noch an und ist eine der Ursachen, daß die Anstaltsverhältnisse für die steigende Beanspruchung schon kaum mehr ausreichen. *Lange* nimmt infolge bestimmter Beobachtungen in der Schweiz und in Lippe in seinen Ausführungen zur Frage der geistigen Entartung in ihrer Beziehung zur Irrenfürsorge an, daß die Zahl der Geisteskrankheiten tatsächlich zunimmt. Zum weitaus größten Teil ist aber die Zunahme der Anstaltsaufnahmen doch wohl auf die größere Bereitschaft der Bevölkerung zur Einweisung von Kranken in die öffentlichen Anstalten zurückzuführen. *Lenz* gibt als Gründe hierfür an:

„Das Mißtrauen der Bevölkerung gegen die ‚Irrenhäuser' ist viel geringer geworden als früher. Die Krankenversicherung hat es ermöglicht, daß unbemittelte Kranke in höherem Maße in Anstalten versorgt werden können. Zugleich ist die Anstaltsbedürftigkeit größer geworden. Viele Geisteskranke, die früher auf dem Lande in der Familie verpflegt werden konnten, würden heute im städtischen Haushalt eine unerträgliche Last darstellen."

Schon bei der Festlegung der Gesamtzahlen der von 1905 bis 1938 aufgenommenen Schizophrenen ergab sich ein Überwiegen der weiblichen über die männlichen Kranken. Vergleicht man aber nur die Gesamtaufnahmeziffern von 1514 Männern mit der von 1600 Frauen, so könnte man geneigt sein, die Differenz einfach auf den Frauenüberschuß, der auch in der normalen Bevölkerung herrscht, zurückzuführen. Bei einem Vergleich der vor und der nach 1919 Aufgenommenen fällt jedoch auf, daß vor 1919 die Männer in der Überzahl waren, nach 1919 aber durch die außerordentlich starke Zunahme weiblicher Zugänge nicht nur eingeholt, sondern auch noch erheblich überflügelt wurden. In den vor und nach 1919 gleichen Aufnahmeverhältnissen der Anstalt konnte hierfür kein Grund gefunden werden; ja, sie hätten eher das Gegenteil herbeizuführen vermocht. Denn bei im übrigen gleichen Belegungsmöglichkeiten auf der Männer- und Frauenseite besteht

auf der Männerseite noch eine besondere Abteilung für kriminelle Geisteskranke, die aus ganz Baden und Teilen Württembergs besonders gefährliche männliche Geisteskranke aufnimmt. Auf der Frauenseite gibt es eine entsprechende Abteilung nicht. Die Differenzen von 1212 ab 1919 aufgenommenen Frauen und 847 Männern ist nun aber doch zu groß, als daß sie durch Frauenüberschuß oder durch Zufälle allein erklärt werden könnte. Ähnliche Zahlenverschiebungen gibt übrigens auch *Prinzing* in seinem Handbuch der medizinischen Statistik an: In die sächsischen Anstalten wurden von 1920 bis 1924 1488 männliche und 2128 weibliche Schizophrene eingeliefert. Unter 100 aufgenommenen Geisteskranken waren bei den Männern 28,67 schizophren, bei den Frauen dagegen 40,15. In Bayern kamen 1925—26 auf 100 geisteskranke Männer 17,37 Schizophrene, auf 100 geisteskranke Frauen aber 32,41. *Prinzing* bemerkt hierzu:

„Bei den einfachen Seelenstörungen (zu denen er die Schizophrenen rechnet, Verf.) hat das weibliche Geschlecht eine viel größere Zunahme als das männliche, so daß es 1920—22 erheblich über diesem steht."

Er findet beim weiblichen Geschlecht Schizophrenie und manisch-depressives Irresein sowie auch die senilen Psychosen und die hysterischen Seelenstörungen viel häufiger, während beim männlichen Geschlecht Paralyse, die exogenen Psychosen und die Psychopathien höhere Zahlen haben. Zum großen Teil wird der auffallende Unterschied in den Vorkriegs- und Nachkriegszahlen sicher auf die schon erwähnte erhöhte Bereitschaft der Bevölkerung zur Einlieferung von Kranken in die öffentlichen Anstalten zurückzuführen sein. Auch die verheirateten Frauen kommen schon etwas früher zur Aufnahme, worauf noch an anderer Stelle zurückzukommen sein wird. Wahrscheinlich hat auch die zunehmende weibliche Berufstätigkeit ihr Teil beigetragen, weil die geisteskranken Frauen dadurch, wenn auch nicht leichter erkranken, so doch eher auffällig werden, und ein Versagen in verstandlicher und charakterlicher Hinsicht sich jetzt folgenschwerer bemerkbar macht und die Kranken früher zum Arzt führt. Es ist also wohl so, daß die geisteskranken Männer, bei denen die Bedingungen für eine häufige Internierung schon vor dem Kriege gegeben waren, bereits damals in einem sehr hohen Prozentsatz zur Aufnahme kamen, die Frauen dagegen erst mit zunehmender Selbständigkeit der Lebensführung nach dem Kriege.

Ein Überwiegen der Frauenziffern könnte nun auch daran denken lassen, daß die weiblichen Generationsvorgänge eine Rolle bei der Krankheitsentstehung spielten. In der Tat hat man das auch

früher angenommen. Indes vermutete schon 1911 *Runge*, daß nur die größeren Infektionsmöglichkeiten bei der Geburt eine Bedeutung hätten. *Mayer* nahm an, daß nur vorhandene Dispositionen ausgelöst würden. *Seelert* ging noch weiter, er schrieb 1929 zu seinen Erfahrungen zur Frage der Entstehung schizophrener Krankheitssymptome:

„Ich habe mich bisher nicht überzeugen können, daß Schwangerschaft, Wochenbett oder Laktation solch eine Wirkung (Entstehung schizophrener Krankheitszustände, Verf.) haben. Sie sind lediglich als psychische Erlebnisse, aber nicht als für die Genese der Schizophrenie bedeutungsvolle biologische Vorgänge anzusehen. Die Zahl der Krankheitsfälle, bei denen ein schizophrener Zustand mit den Generationsvorgängen zusammentrifft, ist im Hinblick auf die Häufigkeit schizophrener Erkrankungen viel zu gering, als daß hier mehr als Zufallstreffer angenommen werden können.“

Bumke gibt in seinem Lehrbuch der Geisteskrankheiten an, daß nach einer 19910 Geburten umfassenden Statistik *Engelhardt*s im ganzen nur 0,14% Wöchnerinnen geisteskrank werden! Er hält jedoch den Standpunkt, daß die Generationsvorgänge nun gar keine Bedeutung hätten, für zu einseitig und nimmt an, daß wenigstens bei manchen Schizophrenen auch von außen kommende Schädlichkeiten als Auslösung einer ererbten Anlage eine Rolle zu spielen vermöchten, und daß eine von diesen Schädigungen das Wochenbett sein könnte. Aus den vorstehenden Darlegungen geht aber doch wohl eindeutig hervor, daß Einflüsse der Generationsvorgänge zur Erklärung der oben gefundenen Zahlenverhältnisse jedenfalls nicht ausreichen. Ein weiterer Grund für das Überwiegen der Frauenaufnahmen dürfte besonders in den ersten Nachkriegsjahren in der Dezimierung der schizophrenen Männerjahrgänge infolge der Kriegsverluste zu sehen sein.

Wenden wir uns nach Betrachtung der Gesamtaufnahmeziffern nunmehr dem Erkrankungsalter der Schizophrenen zu, so sehen wir, daß die Altersklassen zwischen 21 und 30 Jahren die größten Internierungszahlen aufweisen. Von den Männern standen vor 1919 41,2%, nach 1919 45%, von den Frauen 35,1% bzw. 38,6% bei ihrer ersten Anstaltsaufnahme im 3. Lebensjahrzehnt. Hohe Aufnahmeziffern haben auch noch die Altersstufen unter 20 und von 31—35 Jahren. Dann sinken die Zahlen allmählich ab, bei den Frauen langsamer als bei den Männern. Dies kommt daher, daß die schizophrenen Frauen durchschnittlich etwas später zur Aufnahme kommen als die Männer. Von den 1514 schizophrenen Männern waren 56,70%, von den 1600 Frauen dagegen nur 50,2% unter 31 Jahre alt. Die gleiche Beobachtung machte auch *Pfister* bei seinen Zählungen über Zunahme und Altersaufbau der Patienten der

Psychiatrischen Klinik Burghölzi-Zürich. *Prinzing* gibt in seinem Handbuch an, unter 35 Jahren sei die Ziffer der Männer, nach 35 Jahren die der Frauen höher. Zur Erklärung dieser Differenzen nimmt *Pfister* an, daß männliche Schizophrene durch längere Schulung, Militärdienst, Beruf, Vereinswesen und aktiveres Wesen mehr mit der Öffentlichkeit in Berührung kommen, und daher ihre Störungen früher zu Konflikten mit der Umgebung führen; bei der Schizophrenie junger Mädchen werde dagegen wohl im allgemeinen zu Hause länger zugewartet. Wir sahen allerdings schon oben, daß bei den jungen Mädchen die Zunahme der Berufstätigkeit allmählich in der Aufnahmehäufigkeit und im Aufnahmealter einen Angleich an die männlichen Zahlen bewirkt. Ich selbst glaube nun im Sinne meiner früheren Ausführungen über die Pflegebedürftigkeit Geisteskranker annehmen zu dürfen, daß eine große Rolle das jüngere Heiratsalter der Frauen spielt. Es werden in den jüngeren Jahrgängen mehr Frauen als Männer verheiratet sein, die noch eine Zeitlang in häuslicher Pflege zurückgehalten werden, bis dann schließlich der fortschreitende Krankheitsprozeß doch noch eine Internierung notwendig macht.

Nach dem Erkrankungsalter sollte dem Thema gemäß das Heiratsalter und die Heiratshäufigkeit der Schizophrenen behandelt werden. Diese Fragen können jedoch aus dem Zusammenhang der Untersuchungen über die Kinderschaften der Schizophrenen nicht losgelöst werden, da ihre Ergebnisse für das Verständnis der Fruchtbarkeit der Schizophrenen von großer Bedeutung sind. Sie seien daher im Rahmen der jetzt folgenden Erörterungen über die Fruchtbarkeit der Schizophrenen besprochen.

Daß die Nachkommenschaft der Schizophrenen verglichen mit der Bevölkerung nur gering ist, darüber sind sich heute wohl die meisten Autoren einig. Auch die in den Tabellen vorliegender Arbeit niedergelegten Zahlen lassen ganz eindeutig eine erheblich herabgesetzte Fruchtbarkeit der Schizophrenen erkennen. Bevor wir jedoch die gefundenen Zahlen erläutern können, muß auf die Faktoren, die in ihrem Zusammenwirken eine geringe Nachkommenschaft der Schizophrenen bedingen, näher eingegangen werden.

Die Größe der Nachkommenschaft eines bestimmten Personenkreises wird nun im wesentlichen durch 2 Umstände bedingt: einmal durch den Grad der Häufigkeit und das Alter, in dem die Individuen zur Verheiratung kommen, und zum anderen durch das Ausmaß der ehelichen Fruchtbarkeit, d. h. durch die Zahl der Kinder pro Ehe.

Die **Heiratshäufigkeit** sei zunächst besprochen. Von den 1514 schizophrenen Männern des Wieslocher Materials waren 73,5% bei der ersten Internierung ledig, und zwar vor 1919 72,3%, nach 1919 74,9%. Für die 1600 Frauen lauten die entsprechenden Zahlen: 58,1%; vor 1919 60,8%, nach 1919 57,3%. Zum Vergleich seien die von *Essen-Möller* zusammengestellten Ledigenziffern amerikanischer und norwegischer Autoren angeführt.

In amerikanischen Anstalten fand *Meyerson* 70% der schizophrenen Männer und 50% der Frauen, *Pollock-Furbach* 74% der Männer, *Popenoe* 72% der Männer und 41% der Frauen, *Bowman-Ramond* 79% der Männer und 60% der Frauen ledig. *Nissen* ermittelte in norwegischen Anstalten 81% der Männer und 73% der Frauen als ledig. *Essen-Möller* konnte an dem Material der Münchener Klinik 82% der Männer und 73% der Frauen als ledig feststellen. Zum Schluß sei noch angeführt, daß *Brugger* bei seinen schon erwähnten Geisteskrankenzählungen 61% der in der Bevölkerung lebenden Geisteskranken unverheiratet fand. Im großen und ganzen stimmen die Zahlen recht gut überein. Differenzen werden zum großen Teil auf Verschiedenheiten in der Aufnahmehäufigkeit beruhen; denn je früher und regelmäßiger die Kranken zur Aufnahme kommen, desto mehr Ledige wird man unter ihnen finden.

Zweierlei fällt bei Betrachtung der oben angeführten Prozentsätze auf: einmal die außerordentlich große Zahl der Ledigen und zum anderen die große Differenz in den Ledigenquoten bei Männern und Frauen. Wie erklären sich diese Zahlen?

Man kann da insbesondere an 3 Faktoren denken:

Einmal könnte das Erkrankungsalter eine Rolle spielen. Denn es ist ja einleuchtend, daß eine Krankheit, die schon in den jüngeren Jahren ausbricht, viel mehr Ledige treffen wird, als eine erst spät sich manifestierende. Hier wird also die Feststellung des Erkrankungsalters von Bedeutung sein.

An zweiter Stelle wäre zu prüfen, in welchem Alter die Schizophrenen heiraten. Abweichungen von der Norm würden für die Höhe der Ledigenquoten überhaupt, und Verschiedenheiten bei den Geschlechtern müßten für die Differenzen zwischen männlichen und weiblichen Ledigenzahlen von Bedeutung sein.

Drittens könnte es sein, daß viele künftige Schizophrene schon vor dem eigentlichen Krankheitsausbruch eine psychische Struktur aufweisen, die einer Verheiratung ungünstig ist. Dieses müßte wahr scheinen, wenn man finden würde, daß auch die in vorgeschrittenem Lebensalter zur Erstaufnahme gelangenden Kranken häufiger ledig sind als die Bevölkerung. Eine Prüfung der in den einzelnen Altersklassen gefundenen Ledigenquoten wird hier eine Antwort geben können.

Die erste Frage wurde bereits beantwortet durch die vorausgegangene Feststellung des Erkrankungsalters. Es wurde gezeigt, daß die

Höchstaufnahmeziffer in das 3. Lebensjahrzehnt fällt, und daß Frauen durchschnittlich später zur Aufnahme gelangen als Männer. Hieraus ergibt sich schon, daß ein großer Prozentsatz der Schizophrenen bei der ersten Aufnahme noch ledig sein muß, und daß die Zahl der ledigen Männer größer gefunden wird als die der ledigen Frauen. Es sei an dieser Stelle noch bemerkt, daß das klinische Erkrankungsalter nicht nur bedeutungsvoll ist für die Heiratshäufigkeit vor der 1. Anstaltsaufnahme, sondern auch für die Gesamtheiratshäufigkeit der Schizophrenen überhaupt. Denn einmal führt der Ausbruch der Krankheit sehr häufig zu langen Internierungen, ja in einer großen Anzahl von Fällen zu lebenslänglicher Anstaltsverwahrung, und zum anderen pflegen doch meist nach dem ersten Schub so merkliche Defekte zurückzubleiben, daß in der Mehrzahl der Fälle mit einer späteren Heirat der wieder Entlassenen nicht mehr zu rechnen ist. Diese Annahmen werden bestätigt durch die Angaben *Essen-Möller*s, daß die Heiratshäufigkeit der Münchener Schizophrenen vor der ersten Anstaltsaufnahme $^1/_2$ der normalen, nach der ersten Anstaltsaufnahme dagegen nur mehr $^1/_6$ der normalen betrug.

An zweiter Stelle hatten wir das Heiratsalter als wichtigen Faktor genannt, der die Ledigenquoten zu beeinflussen vermag. Hierbei sei auf die Tabellen 13 und 14 verwiesen. Man sieht daraus, daß das Heiratsalter der Schizophrenen von dem der Bevölkerung nicht abweicht. Die Kurve zeigt bei den Männern einen Gipfelpunkt bei 25—26 Jahren, um dann langsam abzufallen. Bei den Frauen findet sich nach etwas früherem Beginn und steilerem Anstieg der Kurve der Gipfel schon im Alter von 21—22 Jahren. Dann sinkt die Kurve etwas langsamer ab als bei den Männern. In den späteren Jahren fallen dann die Kurvenlinien fast zusammen. Man ersieht aus der Kurve deutlich, daß die Frauen durchschnittlich etwa 4 Jahre früher heiraten als die Männer. Hieraus ergeben sich natürlich in den Altersklassen bis etwa zu 35 Jahren erhebliche Unterschiede in den Ledigenquoten in der Richtung, daß Männer, die in diesen jüngeren Jahren erkranken, häufiger ledig gefunden werden als gleichalterige Frauen. Darauf, daß sich in dem früheren Heiratsalter der Frauen auch einer der Gründe erblicken läßt, die zu einem durchschnittlich höheren Aufnahmealter der Frau führen, hatten wir bereits bei der Besprechung des Erkrankungsalters hingewiesen.

Aus den Tabellen 13 und 14 können wir nun noch weiter ersehen, daß im Alter von 35 bis 40 Jahren fast alle schizophrenen Männer und Frauen, die überhaupt zu einer Heirat kommen, bereits ver-

heiratet sind. Würden wir nun über diese Altersstufe hinaus noch Unterschiede in den Ledigenquoten der Männer und Frauen finden, dann könnte das frühere Heiratsalter der Frauen jetzt nicht mehr zur Erklärung dieser Differenzen herangezogen werden, sondern dann müßte noch ein anderer Grund vorhanden sein. Nun sehen wir aber in der Tat auch in den Altersklassen über 35 Jahren noch ein erhebliches Überwiegen der männlichen Ledigenziffern. Das heißt also: Die Männer heiraten nicht nur absolut weniger, weil sie eben in den jüngeren Lebensjahren infolge späteren Heiratsalters häufiger bei Ausbruch der Krankheit noch ledig angetroffen werden, sondern sie heiraten auch relativ weniger zahlreich als schizophrene Frauen. Wie läßt sich dies nun erklären?

Sind hierfür vielleicht präpsychotische Abartungen der Persönlichkeit verantwortlich zu machen, die bei den Männern entweder stärker ausgeprägt sind, oder aber sich dort folgenschwerer auswirken können? Wir erinnern uns, daß wir solche für eine Eheschließung ungünstigen präpsychotischen Eigentümlichkeiten bereits als dritte noch zu erörternde mögliche Ursache für die hohen Ledigenquoten der Schizophrenen in Erwägung gezogen hatten.

Daß tatsächlich viele künftige Schizophrene schon lange Jahre vor dem offensichtlichen Ausbruch der Krankheit eine abnorme Geistesstruktur zeigen, ist eine alte Erfahrung der Psychiatrie. Häufig fallen künftige Schizophrene schon lange Jahre vor ihrer ersten Internierung durch ihr absonderliches und asoziales Verhalten auf im Gegensatz etwa zu den künftigen Manisch-Depressiven, die sich häufig gerade durch besonders geselliges Wesen auszeichnen. Solche charakterlichen Abarten der Schizophrenen werden auf die Heiratsaussichten nun nicht gerade förderlich einwirken. Daß solche Eigenschaften bei den Männern stärker ausgeprägt seien als bei den Frauen, möchte ich nicht annehmen, sondern eher vermuten, daß sie hier noch wirksamer die Heiratswahrscheinlichkeit herabdrücken als bei den Frauen. Denn da die wirtschaftliche Sorge für die Familie im Regelfalle dem Manne obliegt, wird ein Versagen im Leben oder im Beruf infolge geistiger Gebrechen beim Mann häufiger auch die wirtschaftliche Basis für die Eheschließung zerstören als bei der Frau. Außerdem ist noch zu berücksichtigen, daß die Schizophrenie gerade in der Antriebs- und Willenssphäre tiefgreifende Veränderungen hervorruft, und daß eine Verminderung der Aktivität beim Manne dann ungünstiger auf die Heiratsaussichten sich auswirkt als bei der Frau.

In den Tabellen 9—12 finden sich die korrigierten Ledigen- bzw. Verheiratetenquoten. Wir ersehen daraus, daß auch nach

Durchführung der notwendigen Korrekturen die Ledigenziffern der Schizophrenen die der Bevölkerung bei weitem überragen.

In dem frühen Erkrankungsalter und in den hohen Ledigenzahlen haben wir bereits zwei Faktoren gefunden, die für die Größe der Nachkommenschaft der Schizophrenen von hervorragender Bedeutung sind. Es bleibt nun noch zu prüfen, wie hoch die eheliche Fruchtbarkeit und wie groß die Zahl der unehelichen Kinder ist.

Die entsprechenden Grundzahlen finden sich in den Tabellen 1 bis 4. In den Tabellen 5—8 sind die zuvor gefundenen Werte auf die Kinderzahl pro Ehe umgerechnet. Um wenigstens in großen Umrissen zu erkennen, ob und in welchem Ausmaße die Schizophrenen den in der Bevölkerung beobachteten Geburtenrückgang mitmachten, waren — wie schon oben bemerkt — die Schizophrenen in 2 Gruppen eingeteilt worden, in solche die vor und solche, die ab 1919 erstmalig eingeliefert wurden. Aus den Grundtabellen läßt sich nun folgende Aufstellung berechnen:

Die Kinderzahl pro Ehe betrug bei

vor 1919 aufgenommenen Männern = 2,86, Frauen 2,89,
ab 1919 aufgenommenen Männern = 2,21, Frauen 1,99.

Vor 1919 hatten also die verheirateten Männer und Frauen gleichviel eheliche Kinder. Nach 1919 änderten sich die Verhältnisse etwas. Die eheliche Kinderzahl lag jetzt um ungefähr 10% tiefer als bei den Männern, da sie bei den Männern um 0,65, bei den Frauen dagegen um 0,9 abgenommen hatte. Hierdurch könnte bei flüchtiger Betrachtung der Eindruck erweckt werden, als ob die Frauen den Geburtenrückgang in größerem Ausmaß mitgemacht hätten als die Männer. Bei eingehender Prüfung der Tabellen läßt sich jedoch erkennen, daß die Differenz durch andere Momente bedingt wird. Denn nach 1919 gelangten im Lebensalter von 21—30 Jahren prozentual mehr Frauen zur Aufnahme als vor 1919, zudem waren sie nach 1919 — wohl zufolge eines niedrigeren Heiratsalters — prozentual zahlreicher verheiratet. Dies hatte nun zur Folge, daß in den Gesamtverheiratetenziffern die jungverheirateten, also noch kinderarmen Frauen nach 1919 stärker vertreten sind als vorher. Bei den Männern haben sich die Zahlen in den entsprechenden Altersklassen nicht wesentlich verändert. Diese einseitige Verschiebung der Verhältnisse wirkt sich nun in unserer Statistik in einer stärkeren Abnahme der durchschnittlichen Kinderzahl pro Ehe bei den Frauen aus. Stellen wir diese statistische Fehlerquelle in Rechnung, so ist die Abnahmeziffer bei den Frauen nicht wesentlich verschieden von der für die Männer festgestellten. Mit einer Verminderung

von 23% liegt nun aber das Ausmaß des Geburtenrückgangs weit unter den bei der Normalbevölkerung bekannten Zahlen. Verringert sich nun die eheliche Fortpflanzung der Schizophrenen in langsamerem Tempo als die der Bevölkerung, so muß sich eine Tendenz zur Annäherung an die eheliche Kinderzahl der Bevölkerung zeigen. Dies stellte denn auch *Essen-Möller* bei seinen Untersuchungen des Münchener Materials fest. Während die eheliche Fortpflanzung der schizophrenen Männer in einer geburtenreichen Bevölkerung nur etwa ½ der normalen betrug, stieg sie in einer geburtenverhütenden Bevölkerung auf $^2/_3$ der normalen an.

Ein Wort sei noch gesagt zu der großen Kinderzahl pro Ehe in den höheren Jahrgängen unserer Tabellen. Würde man hier aus statistischen Erwägungen heraus nur die Kinder aus in ihrer Fortpflanzung abgeschlossenen Ehen — also beispielsweise die Kinder der nach dem 40. Lebensjahr eingewiesenen Frauen — zusammenzählen und durch Vergleich mit der Zahl der Verheirateten die Kinderzahl pro Ehe errechnen, so würde man zu Ziffern kommen, die sich denen der Bevölkerung schon sehr nähern. Hieraus könnte man nun folgern, daß die verheirateten Schizophrenen, falls sie nur lange genug in häuslicher Pflege verblieben, doch noch annähernd normale Kinderzahlen erreichten, so daß also die tatsächlich geringere Gesamtnachkommenschaft der Schizophrenen ausschließlich durch das frühe Aufnahmealter und die hohen Ledigenziffern bedingt sei. Diese Beweisführung wäre aber nicht richtig. Denn es kann wahrscheinlich gemacht werden, daß die in den höheren Lebensjahrzehnten aufgenommenen Verheirateten wieder eine Auslese darstellen.

Da in vorgerückterem Alter — also etwa ab 36. Lebensjahr — nur eine verschwindende Anzahl von künftigen Schizophrenen noch heiratet (vgl. Tabellen 13 und 14), so dürfte die Verheiratetenquote nach diesem Alter nicht oder bei Berücksichtigung der etwas höheren Lebenserwartung Verheirateter, doch nur in ganz geringem Ausmaß ansteigen. Ein Blick auf die Tabellen zeigt jedoch, daß sie immer noch beträchtlich zunimmt. Dies kann aber, da neue Eheschließungen ja kaum mehr stattfinden, nur dadurch erklärt werden, daß eine bestimmte Anzahl von Verheirateten noch längere Zeit nach dem Ausbruch der Krankheit in häuslicher Pflege behalten wird und erst in späteren Jahren zur Aufnahme gelangt im Gegensatz zu den Ledigen, die schon viel früher interniert werden. Dies weist wieder auf die Bedeutung der familiären Bindungen hin. Je stärker aber die Bindung an die Familie ist, und je ungünstiger die häuslichen wirtschaftlichen Verhältnisse durch die Internierung

eines Elternteils werden, desto länger wird man mit der Einlieferung in eine Anstalt abwarten. Es werden also gerade die kinderreichen Kranken sein, die am spätesten zur Aufnahme kommen. Eine Anhäufung von kinderreichen Verheirateten in den höheren Altersklassen wird dann namentlich bei den geringen Aufnahmezahlen der älteren Jahrgänge die Verhältniszahl Kinder pro Ehe stark in die Höhe treiben. Man sieht also, daß man aus den größeren Kinderzahlen der höheren Altersklassen keine zu weitgehenden Folgerungen ziehen darf!

Berücksichtigt man diese Auslesevorgänge in den älteren Jahrgängen, so läßt sich aus den Tabellen leicht ersehen, daß die eheliche Fruchtbarkeit der Schizophrenen weit geringer ist als die der Bevölkerung. Wie ist dies zu erklären?

Die Vermutung liegt nahe, daß auch hier psychische Besonderheiten eine Rolle spielen, z. B. könnte eine Herabsetzung der Libido von Bedeutung sein. Dann ist aber auch daran zu denken, daß dysglanduläre Störungen und sexuelle Unterentwicklung bei Schizophrenen sehr viel häufiger als bei normalen Menschen angetroffen werden. Ganz besonders interessant aber und zur Erklärung der geringen Kinderzahl geeignet sind die jüngsten Untersuchungen von *Stiasny* und *Generals* über Erbkrankheit und Fertilität. Veranlaßt durch die Erfahrungen der Tierärzte, daß bei Bullen, die weniger oder nicht fruchtbar waren, eine Störung der Spermatogenese vorlag, untersuchten die genannten Autoren die Spermatozoen von zur Sterilisation kommenden Geisteskranken und verglichen sie mit solchen normaler Männer. Sie fanden nun bei Schizophrenen eine außerordentlich hohe Zahl von Spermatozoen morphologisch anormal. Es bestanden Anomalien des Kopfes und des Schwanzes, Fehlen eines dieser Teile und noch eine ganze Anzahl weiterer Abartungen. Daß nun solche Spermatozoen nicht befruchtungsfähig sind, ist ja ohne weiteres anzunehmen. Diese Abweichungen von der Norm fanden sie an solchen Spermatozoen, die von Schizophrenen stammten, bei 53,8%, an solchen von normalen Männern dagegen nur bei 19%!

Auf entsprechende Befunde bei schizophrenen Frauen wies schon 1923 *Geller* in seiner Abhandlung über die Eierstocksfunktion bei Dementia praecox auf Grund anatomischer Untersuchungen hin. Bei 7 von 8 Frauen fand er „einen einwandfreien, zum Teil recht erheblichen anatomischen, wie funktionellen Hypogenitalismus".

Solche Befunde sind natürlich geeignet, die geringe eheliche Fruchtbarkeit der Schizophrenen verständlich zu machen.

Wie schon erwähnt, konnte die Zahl der unehelichen

Kinder nur bei den Frauen festgestellt werden, da sich bei den Männern in den Akten entsprechende Angaben nicht, und in den Krankengeschichten nur gelegentlich vorfanden. *Essen-Möller* gibt jedoch an, daß die Zahl der unehelichen Kinder bei den schizophrenen Männern eher noch etwas höher sei als bei den schizophrenen Frauen. Bei den vor 1919 aufgenommenen 388 Frauen (Ledige und Verheiratete zusammen) fanden wir 37, bei den ab 1919 aufgenommenen 1212 Frauen 120 uneheliche Kinder, also übereinstimmend ungefähr 0,1 Kind pro Kranke.

Nach der Feststellung der ehelichen und unehelichen Kinderzahlen kann nun zum Schluß geprüft werden, wieviel Kinder die Schizophrenen überhaupt haben, oder mit anderen Worten, wie groß durchschnittlich die Nachkommenschaft eines Schizophrenen ist. Wie schon früher besprochen, mußte mit der Korrektur der Verheiratetenquoten auch die Zahl der ehelichen Kinder um die Hälfte höher eingesetzt werden, um das Verhältnis Anzahl Kinder pro Ehe nicht zu verzerren. Dies wurde in den nachstehenden Berechnungen überall durchgeführt. Zu den so errechneten ehelichen Kinderzahlen wurden bei den Frauen die unehelichen Kinder hinzuaddiert. Bei den Männern war dies nicht möglich, da die tatsächliche Zahl der unehelichen Kinder ja nicht bekannt war. Die unehelichen Kinder aber einfach auszulassen ging nicht an, da ja sonst die errechnete Nachkommenschaft um diese Zahlenwerte zu klein geworden wäre. Nehmen wir nun an, daß die uneheliche Kinderzahl der Männer ungefähr gleich groß sei wie die der Frauen, so konnten wir zu annähernd richtigen Verhältnissen kommen, wenn wir pro Kranken 0,1 uneheliche Kinder einsetzten. So sind bei den folgenden Angaben sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern die unehelichen Kinder berücksichtigt worden.

Die Ergebnisse sollen nun zusammengestellt werden:

Wir fanden die

	Kinderzahl pro Kranken		für	
vor 1919	aufgenommene	Männer 1,13,	Frauen	1,50
ab 1919	aufgenommene	Männer 0,85,	Frauen	1,38
1905—1938	aufgenommene	Männer 0,96,	Frauen	1,22.

Für die einzelnen Altersklassen sind die festgestellten Werte in der Tabelle 15 einzusehen.

Aus den obigen Zahlen ersieht man, daß sie prämorbide Fruchtbarkeit der Frauen größer ist als die der Männer. Das ist nach den vorausgegangenen Feststellungen, die ein späteres Erkrankungsalter, ein früheres Heiratsalter und eine größere Heiratshäufig-

keit der Frauen ergaben, auch durchaus verständlich. Daß diese Gründe zur Erklärung der unterschiedlichen Fruchtbarkeit völlig ausreichen, sieht man daraus, daß in den höheren Altersklassen die eheliche Kinderzahl von Frauen und Männern gleich groß ist.

Dies waren die Ergebnisse, die sich aus dem Wieslocher Material gewinnen ließen. Über die prämorbide Kinderzahl hinaus die Gesamtnachkommenschaft der Schizophrenen zu errechnen, war dagegen nicht möglich. Wohl fanden sich bei solchen Kranken, die zum zweitenmal interniert wurden, zuweilen Angaben über die Zahl der in der Zwischenzeit geborenen Kinder, aber für eine Statistik, die mit einem homogenen Zahlenmaterial arbeiten muß, ließen sie sich nicht verwenden. Denn in manchen Fällen war die Zeitspanne zwischen den Internierungen groß, in anderen wieder klein; eine Reihe von Patienten blieb nach mehr oder weniger langem Anstaltsaufenthalt dauernd in der Familie, eine andere kam nie wieder in ihrem Leben aus der Anstalt heraus. Um zu einer genauen Feststellung der gesamten Nachkommenschaft — vor und nach der ersten Aufnahme — zu gelangen, hätten die weiteren Lebensschicksale sämtlicher 3114 Kranken verfolgt werden müssen. Dazu hätte es aber einer Arbeit mit mehreren Hilfskräften für 1—2 Jahre und größerer Geldbeträge bedurft, wie bei *Essen-Möller*, der eine solche Weiterbeobachtung seiner Münchener Geisteskranken durchführte, nachzulesen ist. Nur eine beschränkte Zahl von Kranken weiter zu beobachten, hätte jedoch keinen großen Wert gehabt, einmal weil die Fehlerquelle der kleinen Zahlen zu groß geworden wäre, und zum anderen weil sich durch Auslese bedingte Verzerrungen nicht hätten vermeiden lassen. Es sei mir daher erlaubt, hier nur die Ergebnisse *Essen-Möller*s zugrunde zu legen, der die Zahl der nach Ausbruch der Erkrankung geborenen Kinder in solchen Ehen, die vor der Erkrankung geschlossen worden waren, auf 70% der prämorbiden Zahl berechnete. Bedenkt man aber noch, daß es sich dabei doch nur um die jüngeren Altersklassen, die vor der Aufnahme wenig Kinder hatten, handeln kann, und berücksichtigt man ferner, daß ein großer Teil auch der Verheirateten für Lebenszeit interniert bleibt, so kann die Gesamtzahl der nach der Internierung noch erzeugten Kinder nicht allzu groß sein. Wohl wäre noch zu erwägen, daß doch eine Reihe von Schizophrenen nach der 1. Internierung noch heiratete, aber auch da hatten wir schon gesehen, daß die Zahlen nicht sehr groß sind.

Wenn daher gesagt wird, daß die Nachkommenschaft der Schizophrenen allein nicht ausreichen würde, um die Erkrankungsziffern in ihrem heutigen Ausmaß auch in den kommenden Genera-

tionen aufrechtzuerhalten, so kann diese Annahme durch unsere Untersuchungsergebnisse nur bestätigt werden. Leider wird aber das kranke Erbgut nicht nur von den später manifest erkrankten Individuen weitergegeben, sondern auch von solchen Sippenangehörigen, an denen die Krankheit selbst nie in Erscheinung tritt. Über die Fruchtbarkeit in der Verwandtschaft Schizophrener gibt aber *Lange* an, daß sie noch größer sei als die der übrigen Bevölkerung. Man kann also nicht erhoffen, daß die Schizophrenie durch die geringe Fruchtbarkeit der an ihr Erkrankenden von selbst mit der Zeit ausstirbt. Die Schizophreniefrage wird auch in den folgenden Generationen ihre große Wichtigkeit behalten, und jeder, auch ein geringer, Beitrag zur Verhütung des besonders gefährdeten Nachwuchses muß von Bedeutung bleiben. Daß man die bis vor einigen Jahren noch übliche Zeugung von Kindern nach der ersten Internierung verhindern kann durch systematische Unfruchtbarmachung, braucht an dieser Stelle nicht erörtert zu werden. Es fragt sich hier nur, ob man auch die vor der ersten Internierung liegenden Kinderzahlen durch Sterilisationsmaßnahmen hätte senken können. Da in sehr vielen Fällen die erste Aufnahme mit dem Zeitpunkt zusammenfallen wird, in dem die Krankheit zum erstenmal mit genügender Sicherheit diagnostiziert werden kann, darf man hier durch frühzeitigere Unfruchtbarmachung nicht allzuviel erwarten. Immerhin könnte eine systematische Gesundheitsüberwachung der Bevölkerung, wie sie in den letzten Jahren in Angriff genommen worden ist, hier noch Bedeutsames leisten und zu einer früheren Erkennung und damit auch zu einer frühzeitigeren Sterilisation führen. Es sei in diesem Zusammenhang noch einmal daran erinnert, daß nachgewiesenermaßen eine ganze Anzahl von leichter erkrankten Verheirateten erst längere Zeit nach Ausbruch der Krankheit oder auch gar nicht in die Anstalt kommt. Daß solche Zurückbehaltung in der Familie nicht nur gelegentlich, sondern häufig — und gerade bei den Kranken mit hoher Fruchtbarkeit am häufigsten — stattfindet, dafür sprachen eine ganze Reihe unserer gefundenen Zahlenverhältnisse, die wir uns anders gar nicht hätten erklären können. Gerade hier wäre aber eine frühzeitigere Erfassung von größter Wichtigkeit. Die angestrebte Wiederbelebung des Hausarztwesens und die Beseitigung eines einseitigen Spezialistentums bei den Ärzten wird gewiß auch zu einer früheren Erkennung von auffälligen und schizophrenieverdächtigen Personen sehr viel beitragen können.

Eine Zusammenstellung des Unfruchtbarmachungsalters der Schizophrenen schien zunächst nur rein statistisches Inter-

esse zu beanspruchen, da sich ja in der ersten Zeit nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses das Unfruchtbarmachungsalter nur in einem kleinen Prozentsatz mit dem Erkrankungsalter decken wird. Es zeigt sich jedoch, daß auch eine Erkenntnis von gewissen praktischen Wert gewonnen werden konnte. Man muß nämlich in ihren Ergebnissen eine Bestätigung dafür erblicken, daß man in Nordbaden mit der vordringlichen Behandlung wichtiger Fälle richtige Wege beschritten hat.

Aus den Tabellen 18 ist nämlich ersichtlich, daß bei den Frauen das durchschnittliche Sterilisationsalter viel tiefer liegt als bei den Männern. So waren von den Frauen im Zeitpunkt der Unfruchtbarmachung fast 50% unter 31 Jahre alt, bei den Männern dagegen nur 36,3%, obwohl doch das durchschnittliche klinische Erkrankungsalter der Frauen — wie oben gezeigt — niedriger liegt als das der Männer. Erinnern wir uns hierbei noch einmal, daß das Heiratsalter bei den Frauen niedriger, die Verheiratetenquote in den jungen Altersklassen der Frauen größer und die Kinderzahl in gleichem Alter größer ist als bei den Männern entsprechenden Alters, so kann die durchschnittlich früher erfolgte Unfruchtbarmachung der Frauen als sehr zweckmäßig bezeichnet werden.

Angeregt durch Angaben *Kallmann*s, daß zwischen den hebephrenen und katatonen Schizophrenieformen — von ihm als „Kerngruppe" bezeichnet — und den paranoiden und „schubartig" verlaufenden Formen — als „Randgruppe" zusammengefaßt — Unterschiede hinsichtlich der Fruchtbarkeit bestünden, habe ich bei dem Wieslocher Material auch noch eine getrennte Aufstellung für die Kinderschaften usw. der Hebephrenen, Katatonen und Paranoiden vorgenommen. Eine unterschiedliche Fruchtbarkeit würde hier um so bedeutsamer erscheinen, als in der Prognose sowohl der erkrankten Individuen selbst wie auch ihrer Nachkommenschaft Unterschiede bestehen. Ich habe alle Fälle, bei denen innerhalb der Schizophreniediagnose noch weiter nach hebephrenen, katatonen oder paranoiden Formen spezialisiert worden war, gesammelt und in gesonderten Tabellen aufgeführt, nachdem sie zuvor schon in der allgemeinen Statistik erschienen waren. Eine Trennung von vor und nach 1919 aufgenommenen Kranken wurde dabei nicht durchgeführt, weil bei den insgesamt 254 Hebephrenen, 378 Katatonen und 193 Paranoiden der Fehler der kleinen Zahl sonst zu stark hätte hervortreten können.

In der Erläuterung der Ergebnisse kann ich mich kurz fassen, da die Grundlage für ihre richtige Deutung und kritische Verarbeitung in den vorausgegangenen Kapiteln zur Genüge besprochen wurden.

Es sei auch hier zunächst das Erkrankungsalter betrachtet. Ein Blick auf die Tabellen läßt sofort erkennen, daß die Hebephrenen bei der ersten Internierung am jüngsten sind. 75% der männlichen und 67% der weiblichen Hebephrenen kamen schon unter dem Alter von 26 Jahren zur Aufnahme. Bei den Katatonen betragen die Zahlen im gleichen Alter 48% bzw. 38%, bei den Paranoiden nur 4,5% bzw. 9,5%. Abgesehen von den Paranoiden, bei denen wohl die statistischen Zufälle der kleinen Zahl in diesem von ihnen wenig besetzten Jahresklassen eine Abweichung bedingen, findet sich auch hier wieder ein jüngeres Aufnahmealter bei den Männern als bei den Frauen.

Entsprechend den Unterschieden im Erkrankungsalter ergab sich natürlich auch eine große Differenz in den Ledigenquoten, bei denen die Hebephrenen die größten, die Paranoiden die kleinsten Zahlen aufweisen, während die Katatonen wieder eine Mittelstellung einnehmen. Aber nicht nur das Erkrankungsalter allein bedingte die Unterschiede in den Ledigenziffern, sondern auch eine verschiedene Heiratshäufigkeit in den gleichaltrigen Gruppen, wo wiederum die Hebephrenen am wenigsten, die Paranoiden dagegen am häufigsten heiraten.

Schließlich seien noch die Kinderschaften der drei Gruppen betrachtet. Hier stehen die Hebephrenen mit 0,10 Kindern pro männlichen und 0,17 pro weiblichen Kranken bei weitem am tiefsten. Da die Nachkommenschaft pro Kranken bei den 1905—1938 aufgenommenen schizophrenen Männern mit 0,96, bei den Frauen mit 1,22 Kindern angegeben wurde, so liegt die Kinderzahl der Hebephrenen noch weit unter dem Durchschnitt der Schizophrenen. Bei den Katatonen sind die entsprechenden Kinderzahlen bei den Männern 0,81, bei den Frauen 1,08; sie erreichen also auch noch nicht den Durchschnitt. Die Paranoiden dagegen mit 1,57 bez. 2,0 Kindern pro Kranken überflügeln die übrigen Schizophrenen sehr erheblich. Ein Vergleich der Kinderzahlen in den entsprechenden Altersklassen zeigt, daß diese großen Differenzen zwar in erster Linie durch das verschiedene Erkrankungsalter bedingt sind, daß aber auch die verschieden große Fruchtbarkeit der gleichaltrig Aufgenommenen zu einer so unterschiedlichen Nachkommenschaft führt.

Zusammenfassung

Für die vorliegende Arbeit wurden die Krankengeschichten und Akten sämtlicher von 1905—1938 in der Heil- und Pflegeanstalt

Wiesloch zur Aufnahme gelangten Schizophrenen durchgesehen. Nach Ausscheidung einer geringen Anzahl von Fällen, bei denen die Sicherheit der Diagnose oder die Genauigkeit der Angaben nicht ausreichend erschien, wurden 3114 Kranke in die Statistik aufgenommen. Die Tabellen wurden nicht nur für Männer und Frauen getrennt, sondern auch gemäß der vor oder nach 1919 erfolgten Aufnahme gesondert angelegt. Für die Untersuchung des Erkrankungsalters, der Heiratshäufigkeit und der Kinderschaften wurden die Probanden in Altersklassen von 5 Jahren eingeteilt; für Heirats- und Unfruchtbarmachungsalter wurden Zweijahresklassen aufgestellt.

Vor der Besprechung der erhobenen Befunde mußte die Frage geprüft werden, ob überhaupt an Anstaltsinsassen gewonnene Ergebnisse als repräsentativ für eine bestimmte Geisteskrankheit angesehen werden können, oder ob nicht vielmehr eine Auslese der schweren Krankheitsfälle eine Verzerrung der wahren Verhältnisse bewirkt. Für die Schizophrenie konnten wir nachweisen, daß nach Anwendung eines ausführlich begründeten Korrektionsfaktors unsere Ergebnisse als charakteristisch für diese Krankheit angesehen werden dürfen.

Zunächst stellten wir fest, daß die Zahl der wegen Schizophrenie erstmalig Aufgenommenen sich nach dem Kriege erheblich vergrößert hat. Die Ziffern der weiblichen Neuaufnahmen haben stärker zugenommen als die der männlichen. Dies wurde auf eine größere Bereitschaft der Bevölkerung zur Einweisung von Kranken sowie auf die Zunahme der weiblichen Berufstätigkeit zurückgeführt.

Als Erkrankungsalter setzten wir durchwegs das Alter bei der ersten Aufnahme in eine psychiatrische Anstalt oder Klinik ein. Die Haupterkrankungsziffer fällt in das 3. Lebensjahrzehnt. Die Frauen werden durchschnittlich etwas später eingewiesen als die Männer. Als Grund dafür ist anzunehmen, daß die Frauen früher heiraten und deswegen häufiger in Familienpflege zurückbehalten werden als die Männer.

Die Größe der Nachkommenschaft eines Personenkreises erschien uns im wesentlichen durch 2 Umstände bedingt: einmal durch den Grad der Häufigkeit und das Alter, in dem die Individuen zur Verheiratung kommen, und zum anderen durch das Ausmaß ihrer ehelichen Fruchtbarkeit, d. h. durch die Zahl der Kinder pro Ehe. Die Heiratshäufigkeit wurde zunächst besprochen. Wir sahen, daß die Schizophrenen in einem außerordentlich hohen Hundertsatz ledig bleiben: von den Männern waren 75,5% und von den Frauen 58,1% bei der ersten Anstaltsaufnahme unverhei-

ratet. Diese hohen Zahlen führten wir auf das frühe Erkrankungsalter und auf schon vor der Krankheit sich zeigende Absonderlichkeiten der Schizophrenen zurück. Daß Männer häufiger ledig bleiben als Frauen, erklärten wir aus ihrer frühzeitigeren Internierung, aus den ungünstigeren Auswirkungen ihrer geistigen Störung und aus dem höheren Heiratsalter. Letzteres fanden wir im allgemeinen bei den Schizophrenen gleich hoch wie bei der Bevölkerung, und zwar bei den Frauen um 4 Jahre niedriger als bei den Männern.

Außer dem frühen Erkrankungsalter und den hohen Ledigenziffern sahen wir aber auch noch das geringe Ausmaß der ehelichen und der unehelichen Fruchtbarkeit selbst als wichtigste Ursache für die geringe Nachkommenschaft der Schizophrenen an. Denn die Kinderzahl pro Ehe betrug bei den Männern durchschnittlich 2,5, bei den Frauen 2,2. Uneheliche Kinder kamen nur 0,1 auf den Kranken.

Alle diese Faktoren zusammen bewirkten, daß ein schizophrener Mann im Durchschnitt nur 0,95, eine schizophrene Frau 1,22 Kinder hat, also eine Nachkommenschaft, die zum Aussterben dieser Krankheit führen müßte, wenn nicht auch durch erscheinungsbildlich gesunde Sippenangehörige das kranke Erbgut weitergegeben würde. In welchem Umfang man durch eine frühere Erkennung der ersten Krankheitszeichen die Nachkommenschaft der Schizophrenen noch verringern könnte, und welche Wege zu einer zeitigeren Erfassung zu führen vermöchten, wurde angedeutet.

Das Unfruchtbarmachungsalter wurde für die einzelnen Altersklassen ausgerechnet und hierbei festgestellt, daß die Frauen in durchschnittlich bedeutend jüngeren Jahren sterilisiert wurden als die Männer. Auf die Zweckmäßigkeit dieses Vorgehens wurde hingewiesen.

Zum Schluß wurden noch die Hebephrenen, Katatonen und Paranoiden besonders besprochen. Wir sahen hier große Verschiedenheiten im Erkrankungsalter, in den Ledigenzahlen und in der ehelichen sowie unehelichen Fruchtbarkeit, die insgesamt zu dem Ergebnis führten, daß die Hebephrenen nur 0,1 Nachkommen bei den männlichen und 0,17 bei den weiblichen Probanden, die Katatonen 0,81 bzw. 1,08, die Paranoiden dagegen 1,57 bzw. 2 Kinder haben. Die Hebephrenen weisen damit eine ganz erheblich geringere, die Katatonen eine etwas kleinere, die Paranoiden dagegen eine weit höhere Nachkommenschaft als der Durchschnitt der Schizophrenen auf.

Tabellen

Tabelle 1. Vor 1919 aufgenommene schizophrene Männer

Erkrankungsalter Jahre	Zahl der Erkrankten	ledig	verheiratet	Zahl der ehelichen Kinder
unter 21	89	89	—	—
21—25	122	115	7	9
26—30	153	130	23	41
31—35	110	59	51	115
36—40	86	45	41	154
41—45	64	30	34	107
46—50	28	10	18	71
51—55	13	4	9	27
56—60	2	—	2	5
über 60	—	—	—	—
zusammen	667	482	185	529

Tabelle 2. Ab 1919 aufgenommene schizophrene Männer

Erkrankungsalter Jahre	Zahl der Erkrankten	ledig	verheiratet	Zahl der ehelichen Kinder
unter 21	114	114	—	—
21—25	217	210	7	4
26—30	164	132	32	44
31—35	119	68	51	90
36—40	95	44	51	128
41—45	58	29	29	59
46—50	52	25	27	84
51—55	17	8	9	29
56—60	9	4	5	24
über 60	2	—	2	9
zusammen	847	634	213	471

Tabelle 3. Vor 1919 aufgenommene schizophrene Frauen

Erkrankungsalter Jahre	Zahl der Erkrankten	ledig	verheiratet	eheliche Kinder	uneheliche Kinder
unter 21	62	62	—	—	2
21—25	68	65	3	6	4
26—30	68	40	28	56	12
31—35	69	30	39	94	7
36—40	60	21	39	139	5
41—45	28	7	21	66	—
46—50	18	6	12	38	4
51—55	9	3	6	20	—
56—60	5	2	3	12	3
über 60	1	—	1	8	—
zusammen	388	236	152	439	37

Tabelle 4. Ab 1919 aufgenommene schizophrene Frauen

Erkrankungs-alter Jahre	Erkrankten Zahl der	ledig	verheiratet	eheliche Kinder	uneheliche Kinder
unter 21	137	137	—	—	—
21—25	236	194	42	35	21
26—30	232	145	87	138	28
31—35	195	88	107	181	18
36—40	153	56	97	234	20
41—45	114	33	81	176	16
46—50	84	22	62	142	12
51—55	29	9	20	61	1
55—60	25	9	16	41	3
über 60	7	1	6	23	1
zusammen	1212	694	518	1031	120

Tabelle 5. Vor 1919 aufgenommene schizophrene Männer

Erkrankungs-alter Jahre	Aufnahme-häufigkeit in %	Ledige %	Verheiratete %	Kinderzahl pro Ehe
unter 21	13,34	100,0	0,0	—
21—25	18,29	94,2	5,8	1,29
26—30	22,94	85,0	15,0	1,78
31—35	16,49	53,6	46,4	2,25
36—40	12,89	52,3	47,7	3,76
41—45	9,60	46,9	53,1	3,15
46—50	4,20	35,7	64,3	3,94
51—55	1,95	30,8	69,2	3,00
56—60	0,30	0,0	100,0	2,50
über 60	0,00	—	—	—

Tabelle 6. Ab 1919 aufgenommene schizophrene Männer

Erkrankungs-alter Jahre	Aufnahme-häufigkeit in %	Ledige %	Verheiratete %	Kinderzahl pro Ehe
unter 21	13,46	100,0	0,0	—
21—25	25,62	98,3	1,7	0,57
26—30	19,36	80,4	19,6	1,38
31—35	14,05	57,1	42,9	1,76
36—40	11,21	46,3	53,7	2,51
41—45	6,85	50,0	50,0	2,03
46—50	6,14	48,0	52,0	3,11
51—55	2,01	47,1	52,9	3,22
56—60	1,06	44,4	55,6	4,80
über 60	0,24	0,0	100,0	4,50

Tabelle 7. Vor 1919 aufgenommene schizophrene Frauen

Erkrankungs-alter Jahre	Aufnahme-häufigkeit in %	Ledige %	Verheiratete %	Kinderzahl pro Ehe
unter 21	15,98	100,0	0,0	—
21—25	17,53	95,6	4,4	2,00
26—30	17,53	58,8	41,2	2,00
31—35	17,78	43,5	56,5	2,41
36—40	15,46	35,0	65,0	3,56
41—45	7,21	25,0	75,0	3,14
46—50	4,64	33,3	66,7	3,16
51—55	2,32	33,3	66,7	3,33
56—60	1,29	40,0	60,0	4,0
über 60	0,26	—	100,0	8,0

Tabelle 8. Ab 1919 aufgenommene schizophrene Frauen

Erkrankungs-alter Jahre	Aufnahme-häufigkeit in %	Ledige %	Verheiratete %	Kinderzahl pro Ehe
unter 21	11,30	100,0	0,0	—
21—25	19,47	82,2	17,8	0,83
26—30	19,14	62,5	37,5	1,57
31—35	16,09	45,1	54,9	1,69
36—40	12,63	36,6	63,4	2,41
41—45	9,41	28,9	71,1	2,17
46—50	6,93	26,2	73,8	2,29
51—55	2,39	31,0	69,0	3,05
55—60	2,06	36,0	64,0	2,56
über 60	0,58	14,0	86,0	3,83

Korrigierte Prozentzahlen der Ledigen und Verheirateten

Tabelle 9. Vor 1919 aufgenommene schizophrene Männer

Erkrankungsalter Jahre	Aufnahmefähig-keit in %	Ledige %	Verheiratete %
unter 21	13,34	100,0	0,0
21—25	18,29	91,3	8,7
26—30	22,94	78,8	21,2
31—35	16,49	43,3	56,7
36—40	12,89	42,1	57,9
41—45	9,60	37,0	63,0
46—50	4,20	27,0	73,0
51—55	1,95	23,6	76,4
56—60	0,30	0,0	100,0

Tabelle 10. Ab 1919 aufgenommene schizophrene Männer

Erkrankungsalter Jahre	Aufnahmehäufigkeit in %	Ledige %	Verheiratete %
unter 21	13,46	100,0	0,0
21—25	25,62	95,0	5,0
26—30	19,36	73,3	26,7
31—35	14,05	46,9	53,1
36—40	11,21	36,3	63,7
41—45	6,85	39,7	60,3
46—50	6,14	37,9	62,1
51—55	2,01	38,1	61,9
56—60	1,06	36,3	63,7
über 60	0,24	0,0	100,0

Korrigierte Prozentzahlen der Ledigen und Verheirateten

Tabelle 11. Vor 1919 aufgenommene schizophrene Frauen

Erkrankungsalter Jahre	Aufnahmehäufigkeit in %	Ledige %	Verheiratete %
unter 21	15,98	100,0	0,0
21—25	17,53	92,9	7,1
26—30	17,53	48,8	51,2
31—35	17,78	33,7	66,3
36—40	15,46	26,2	73,8
41—45	7,21	17,9	82,1
46—50	4,64	25,0	75,0
51—55	2,32	25,0	75,0
56—60	1,29	30,8	69,2
über 60	0,26	0,0	100,0

Tabelle 12. Ab 1919 aufgenommene schizophrene Frauen

Erkrankungsalter Jahre	Aufnahmehäufigkeit in %	Ledige %	Verheiratete %
unter 21	11,3	100,0	0,0
21—25	19,47	75,5	24,5
26—30	19,14	52,5	47,5
31—35	16,09	35,3	64,7
36—40	12,63	27,7	72,3
41—45	9,41	21,3	78,7
46—50	6,93	19,1	80,9
51—55	2,39	23,1	76,9
56—60	2,06	27,3	72,7
über 60	0,58	10,0	90,0

Tabelle 13. Heiratsalter der Schizophrenen

Alter Jahre	gefundene Zahlen Männer	Frauen	% Männer	% Frauen
unter 19	—	5	—	1,1
19—20	2	49	1,5	11,2
21—22	13	101	9,4	23,2
23—24	22	99	15,9	22,7
25—26	33	81	23,9	18,6
27—28	26	45	18,8	10,3
29—30	17	32	12,3	7,4
31—32	9	7	6,5	1,6
33—34	7	6	5,1	1,4
35—36	6	3	4,4	0,7
37—38	0	5	0,0	1,1
39—40	2	2	1,5	0,5
41—42	1	1	0,7	0,2
über 42	—	—	—	—
zusammen	138	436	100,0	100,0

Tabelle 14. Diagramm s. Seite 59

Tabelle 15. Kinderzahl pro Kranken

Erkrankungs-alter Jahre	Männer vor 1919 %	Männer nach 1919 %	Frauen vor 1919 %	Frauen nach 1919 %
unter 21	—	—	0,03	—
21—25	0,21	0,13	0,16	0,29
26—30	0,48	0,47	1,17	0,83
31—35	1,37	1,04	1,67	1,12
36—40	2,28	1,68	2,69	1,84
41—45	2,09	1,32	2,56	1,81
46—50	2,99	2,02	2,54	1,96
51—55	2,43	2,15	2,50	2,36
56—60	2,60	3,23	3,23	1,94
über 60	—	4,60	8,00	3,50

Tabelle 16. Kinderzahl pro Kranken

	Männer	Frauen
vor 1919	1,13	1,50
ab 1919	0,85	1,38

Tabelle 17. Kinderzahl pro Kranken

	Männer	Frauen
1905—1938	0,96	1,22

Tabelle 18. Unfruchtbarmachungsalter der Schizophrenen

Alter Jahre	gefundene Zahlen Männer	Frauen	% Männer	% Frauen
unter 21	4	9	6,3	6,7
21—22	1	12	1,6	8,9
23—24	6	8	9,5	5,9
25—26	4	13	6,3	9,6
27—28	4	11	6,3	8,2
29—30	4	14	6,3	10,4
31—32	8	18	12,7	13,4
33—34	9	11	14,3	8,2
35—36	8	15	12,7	11,1
37—38	3	12	4,8	8,9
39—40	2	7	3,2	5,0
41—42	3	5	4,8	3,7
43—44	2	—	3,2	—
über 44	5	—	8,0	—
zusammen	63	135	100,0	100,0

Tabelle 19. Hebephrene Männer

Erkrankungs-alter Jahre	Zahl der Erkrankten	ledig	verheiratet	eheliche Kinder
unter 21	64	64	—	—
21—25	57	57	—	—
26—30	22	22	—	—
31—35	11	7	4	8
36—40	4	4	—	—
über 40	3	3	—	—
zusammen	161	157	4	8

Tabelle 20. Hebephrene Frauen

Erkrankungsalter Jahre	Zahl der Erkrankten	ledig	verheiratet	eheliche Kinder	uneheliche Kinder
unter 21	28	28	—	—	—
21—25	34	32	2	2	1
26—30	21	20	1	1	1
31—35	8	6	2	4	1
36—40	2	1	1	2	—
über 40	—	—	—	—	—
zusammen	93	87	6	9	3

Tabelle 21. Hebephrene Männer

Erkrankungs-alter Jahre	Aufnahme-häufigkeit in %	Ledige %	Verheiratete %	Kinderzahl pro Ehe
unter 21	39,75	100,0	0,0	—
21—25	35,40	100,0	0,0	—
26—30	13,67	100,0	0,0	—
31—35	6,83	63,6	36,4	2
36—40	2,49	100,0	0,0	—
über 40	1,86	100,0	0,0	—

Tabelle 22. Hebephrene Frauen

Erkrankungs-alter Jahre	Aufnahme-häufigkeit in %	Ledige %	Verheiratete %	Kinderzahl pro Ehe
unter 21	30,11	100,0	0,0	—
21—25	36,56	94,1	5,9	1,0
26—30	22,58	95,2	4,8	1:0
21—35	8,60	75,0	25,0	2,0
36—40	2,15	50,0	50,0	2,0
über 40	—	—	—	—

Tabelle 23. Katatone Männer

Erkrankungs-alter Jahre	Zahl der Erkrankten	ledig	verheiratet	eheliche Kinder
unter 21	27	27	—	—
21—25	64	62	2	3
26—30	41	31	10	21
31—35	29	12	17	39
36—40	13	4	9	30
41—45	8	7	1	4
46—50	5	2	3	9
51—55	1	—	1	7
56—60	—	—	—	—
über 60	—	—	—	—
zusammen	188	145	43	113

Tabelle 24. Katatone Frauen

Erkrankungsalter Jahre	Zahl der Erkrankten	ledig	verheiratet	eheliche Kinder	uneheliche Kinder
unter 21	35	35	—	—	—
21—25	38	33	5	8	1
26—30	45	27	18	32	4
31—35	24	8	16	27	2
36—40	27	11	16	57	1
41—45	10	4	6	15	0
46—50	7	4	3	8	1
51—55	2	0	2	1	1
56—60	1	0	1	0	0
über 60	—	—	—	—	—
zusammen	189	122	67	148	10

Tabelle 25. Katatone Männer

Erkrankungs-alter Jahre	Aufnahme-häufigkeit in %	Ledige %	Verheiratete %	Kinderzahl pro Ehe
unter 21	14,36	100,0	0,0	—
21—25	34,04	96,8	3,2	1,5
26—30	21,81	75,6	24,4	2,1
31—35	15,43	41,4	58,6	3,0
36—40	6,91	30,7	69,3	3,3
41—45	4,26	87,5	12,5	4,0
46—50	2,66	40,0	60,0	3,0
51—55	0,53	0,0	100,0	7,0
56—60	—	—	—	—
über 60	—	—	—	—

Tabelle 26. Katatone Frauen

Erkrankungs-alter Jahre	Aufnahme-häufigkeit in %	Ledige %	Verheiratete %	Kinderzahl pro Ehe
unter 21	18,52	100,0	0,0	—
21—25	20,11	86,9	13,9	1,6
26—30	23,81	60,0	40,0	1,8
31—35	12,70	33,3	66,7	1,7
36—40	14,28	40,7	59,3	3,5
41—45	5,29	40,0	60,0	2,5
46—50	3,70	57,1	42,9	2,7
51—55	1,06	0,0	100,0	0,5
56—60	0,53	0,0	100,0	0,0
über 60	—	—	—	—

Tabelle 27. Paranoide Männer

Erkrankungs-alter Jahre	Zahl der Erkrankten	ledig	verheiratet	eheliche Kinder
unter 21	—	—	—	—
21—25	5	5	0	—
26—30	20	18	2	1
31—35	24	16	8	14
36—40	23	15	8	31
41—45	19	6	13	34
46—50	13	4	9	30
51—55	5	1	4	10
56—60	—	—	—	—
über 60	2	0	2	9
zusammen	111	65	46	129

Tabelle 28. Paranoide Frauen

Erkrankungsalter Jahre	Zahl der Erkrankten	ledig	verheiratet	eheliche Kinder	uneheliche Kinder
unter 21	1	1	—	—	0
21—25	7	6	1	0	1
26—30	10	7	3	6	1
31—35	11	3	8	21	0
36—40	20	7	13	37	1
41—45	10	3	7	12	0
46—50	10	3	7	25	6
51—55	9	4	5	23	0
56—60	4	1	3	8	3
über 60	—	—	—	—	—
zusammen	82	35	47	132	12

Tabelle 29. Paranoide Männer

Erkrankungs-alter Jahre	Aufnahme-häufigkeit in %	Ledige %	Verheiratete %	Kinder-pro Ehe
unter 21	—	—	—	—
21—25	4,51	100,0	0,0	0,0
26—30	18,02	90,0	10,0	0,5
31—35	21,61	66,7	33,3	1,8
36—40	20,72	65,2	34,8	3,9
41—45	17,12	31,6	68,4	2,6
46—50	11,71	30,8	69,2	3,3
51—55	4,51	20,0	80,0	2,5
56—60	—	—	—	—
über 60	1,80	0,0	100,0	4,5

Tabelle 30. Paranoide Frauen

Erkrankungs-alter Jahre	Aufnahme-häufigkeit in %	Ledige %	Verheiratete %	Kinderzahl pro Ehe
unter 21	1,22	100,0	0,0	—
21—25	8,53	85,7	14,3	0,0
26—30	12,20	70,0	30,0	2,0
31—35	13,41	27,3	72,7	2,6
36—40	24,39	35,0	65,0	2,8
41—45	12,20	30,0	70,0	1,7
46—50	12,20	30,0	70,0	3,6
51—55	10,97	44,4	55,6	4,6
56—60	4,88	25,0	75,0	2,7
über 60	—	—	—	—

Korrigierte Prozentzahlen der Ledigen und Verheirateten

Tabelle 31. Hebephrene Männer

Erkrankungsalter Jahre	Ledige %	Verheiratete %	Kinderzahl pro Kranken %
unter 21	100,0	0,0	0,00
21—25	100,0	0,0	0,00
26—30	100,0	0,0	0,00
31—35	53,9	46,1	1,08
36—40	100,0	0,0	0,0
über 40	100,0	0,0	0,0

Tabelle 32. Hebephrene Frauen

Erkrankungsalter Jahre	Ledige %	Verheiratete %	Kinderzahl pro Kranken %
unter 21	100,0	0,0	0,00
21—25	91,4	8,6	0,11
26—30	93,0	7,0	0,12
31—35	67,0	33,3	0,78
36—40	40,0	60,0	1,20
über 40	—	—	—

Korrigierte Prozentzahlen der Ledigen und Verheirateten

Tabelle 33. Katatone Männer

Erkrankungsalter Jahre	Ledige %	Verheiratete %	Kinderzahl pro Kranken %
unter 21	100,0	0,0	0,00
21—25	95,4	4,6	0,12
26—30	67,4	32,6	0,73
31—35	31,6	68,4	1,69
36—40	22,9	77,1	2,69
41—45	82,4	17,6	0,76
46—50	30,8	69,2	2,00
51—55	0,0	—	7,00
56—60	—	—	—
über 60	—	—	—

Tabelle 34. Katatone Frauen

Erkrankungsalter Jahre	Ledige %	Verheiratete %	Kinderzahl pro Kranken %
unter 21	100,0	0,0	0,00
21—25	80,5	19,5	0,34
26—30	50,0	50,0	0,96
31—35	25,0	75,0	1,34
36—40	31,4	68,6	2,46
41—45	30,8	69,2	1,73
46—50	47,1	52,9	1,53
51—55	0,0	100,0	1,00
56—60	0,0	100,0	0,00
über 60	—	—	—

Korrigierte Prozentzahlen der Ledigen und Verheirateten

Tabelle 35. Paranoide Männer

Erkrankungsalter Jahre	Ledige %	Verheiratete %	Kinderzahl pro Kranken %
unter 21	—	—	—
21—25	100,0	0,0	0,0
26—30	85,7	14,3	0,22
31—35	57,1	42,9	0,90
36—40	55,6	44,4	1,87
41—45	23,1	76,9	2,15
46—50	22,2	77,8	2,71
51—55	14,3	85,7	2,29
56—60	—	—	—
über 60	0,0	100,0	4,65

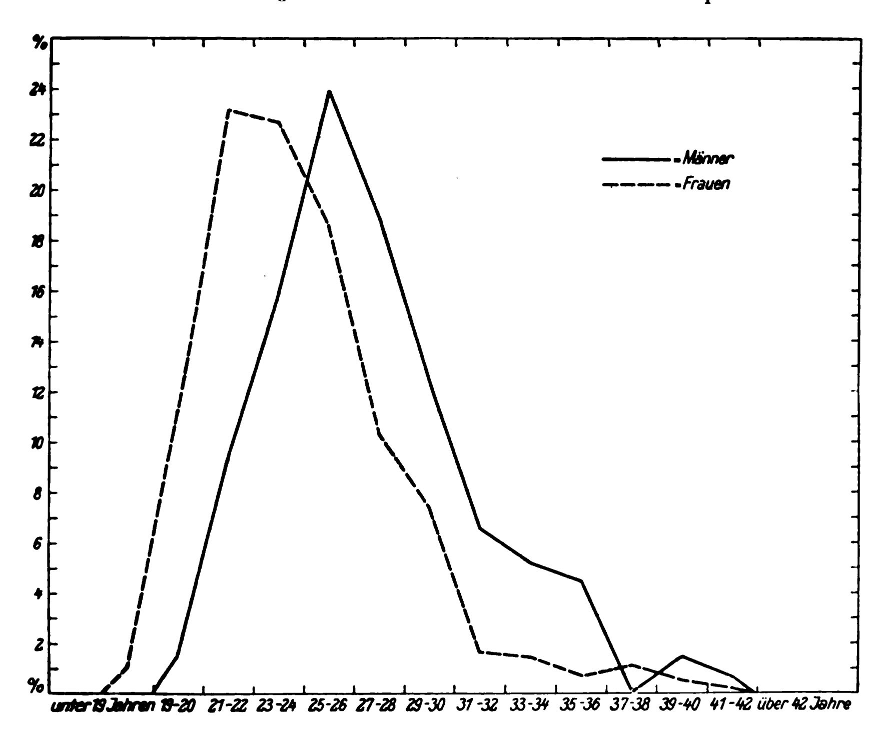
Tabelle 36. Paranoide Frauen

Erkrankungsalter Jahre	Ledige %	Verheiratet %	Kinderzahl pro Kranken %
unter 21	100,0	0,0	0,00
21—25	80,0	20,0	0,01
26—30	60,9	31,1	0,87
31—35	20,0	80,0	2,10
36—40	25,9	74,1	2,13
41—45	22,2	77,8	1,33
46—50	22,2	77,8	3,22
51—55	34,8	65,2	3,00
56—60	18,2	81,8	2,73
über 60	—	—	—

Tabelle 37. Kinderzahl pro Kranken
bei Hebephrenen, Katatonen und Paranoiden

	Hebephrene	
	Männer	Frauen
1905—1938	0,10	0,17
	Katatone	
	Männer	Frauen
1905—1938	0,81	1,04
	Paranoide	
	Männer	Frauen
1905—1938	1,57	2,0

Tabelle 14. Diagramm: Heiratsalter der Schizophrenen



Schrifttumverzeichnis

Brugger, C., Versuch einer Geisteskrankenzählung in Thüringen. Z. Neur., Bd. 133, 1931. — *Brugger, C.*, Psychiatrische Ergebnisse einer medizinischen, anthropologischen und soziologischen Bevölkerungsuntersuchung. Z. Neur., Bd. 146, 1933. — *Bumke, O.*, Lehrbuch der Geisteskranken, 4. Aufl. 1936. — *Essen-Möller, E.*, Untersuchungen über die Fruchtbarkeit gewisser Gruppen von Geisteskranken (Schizophrenen, Manisch-Depressiven und Epileptikern). Acta psychiatr. et neurol. Suppl. VIII, Lund 1935. — *Geller, Fr. Chr.*, Über die Eierstockfunktion bei Dementia praecox auf Grund anatomischer Untersuchungen. Arch. Gyn. Bd. 120, 1923. — *Goldmann, Fr.*, Siechenhäuser und Altersheime, Handb. d. sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge Bd. VI, 1927. — *Goldmann, Fr.*, Der Einfluß von Alter und Familienstand auf die Benutzung von Krankenanstalten. Ein Beitrag zur Soziologie des Krankenhauswesens. Klin. Wschr. 7. Jahrg. 1928. — *Kallmann*, Bericht von Dr. *Schulz* über neuere Untersuchungen von Dr. *Kallmann* auf der 1. Jahresversammlung der Ges. Deutsch. Neurologen und Psychiater in Dresden, 1935. Ref. Zbl. f. d. ges. Neur. und Psychiatr. Ref. Bd. 78, 1936. — *Lange J.*, Die Frage der geistigen Entartung in ihrer Beziehung zur Irrenfürsorge. Arch. Rass. u. Ges. Biologie Bd. 20, 1928. — *Lenz, Fr.*, Menschliche Auslese und Rassenhygiene (Eugenik). Bd. II von *Baur-Fischer-Lenz*, Menschliche Erblichkeitslehre und Rassenhygiene. 4. Aufl. 1932. — *Meyer, E.*, Die Puerperalpsychosen. Arch. Psychiatr. Bd. 48, 1911. — *Möckel, W.*, Die Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch, Druckerei der Anstalt, 1933. — *Pfister, O. H.*, Zählungen über Zunahme und Altersaufbau der Patienten der Psychiatrischen Klinik Burghölzi-Zürich. Z. Neur. Bd. 142, 1932. — *Prinzing, Fr.*, Handb. der medizinischen Statistik. 2. Aufl. 1931. — *Runge W.*, Die Generationspsychosen des Weibes. Arch. Psychiat. Bd. 48, 1911. — *Seelert, H.*, Erfahrungen zur Frage der Entstehung schizophrener Krankheitssymptome. Mtsschr. Psychiatr. u. Neur. Bd. LXXI, 1929. — *Stiasny H.* und Generals K. D. J., Erbkrankheit und Ferilität. Mikropathologie der Spermien erbkranker Männer. Stuttgart 1937.

Beitrag zur psychischen Wirkungsweise der Insulinschockbehandlung

Von

H. Funk

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Hansischen Universität, Hamburg. Direktor: Professor Dr. *Bürger-Prinz*)

(Eingegangen am 30. April 1940)

Die Inhaltsangabe findet sich am Schluß der Arbeit auf S. 150

So wenig wie bisher über den statistischen Erfolg der Behandlungsmethode nach *Sakel* eine einheitliche Ansicht hergestellt werden konnte — zwischen den 88% Sozialremissionen *Dussik* und *Sakel* (3) und den 17,8% bzw. 24,1% *Büdigens* (1) stehen Angaben fast aller Zehnergruppen — so wenig konnte bis jetzt trotz umfangreicher Untersuchungen zahlreicher Autoren (*Georgi* (4), *Magenau* (5), *Pfister* (6) u. a.) eine befriedigende Einsicht in den pathophysiologischen Wirkungsmechanismus dieser Therapie gefunden werden. Die Pathophysiologie stand aber, den Ansichten der Wiener Untersucher folgend, anfangs im Vordergrund, war doch, wie *Dussik* (7) feststellt, mit Einführung der *Sakel*schen Methode die Hoffnung gegeben, „auf diesen Wegen einmal dahin zu kommen, was *Sakel* patho-physiologische Psychiatrie genannt hat".

Je länger je mehr wurde freilich der zunächst fast unbestrittene Eindruck *Müllers* (12), „daß sich unter der Wirkung der Insulintherapie etwas Spezifisches und Neues" vollziehe, von fast allen unvoreingenommenen Betrachtern aufgegeben. Denn es mußte, wie *H. W. Maier* (10) bemerkt, angesichts der Ergebnislosigkeit der pathophysiologischen Erklärungsversuche schließlich „nachdenklich stimmen, daß auf so verschiedenen Wegen (Insulin-Cardiazol- und Dauerschlafbehandlung) die nämlichen Erfolge erzielt werden können", wobei, wie *H. W. Maier* hinzufügt, dies einstweilen doch nicht dafür spricht, daß es sich um eine spezifiische Behandlung des schizophrenen Prozesses handelt, sondern um die Unterstützung der Remissionstendenz an sich. Die von *Müller* (11) und *Storch*-Münsingen (8) geforderten genauen Untersuchungen der Heilungsverläufe und die exakt psychologische Erfassung der Insulinremission mußte daher eine vordringliche Aufgabe sein.

Wie *Müller* und *Mauz* zusammenfassend darstellten, ist daran zu erinnern, daß wir in der Literatur über eine große Zahl von Fällen verfügen, die nach der Klaesischen Dauerschlafbehandlung (17 u. 18), nach der *Schilder-Weißmann*schen Äthernarkose (19), nach epileptischen Spontananfällen (*Georg Müller* (20) und solchen nach Cardiazol und Kampfer (Meduna (21—23), nach interkurrenten Erkrankungen, nach Milieuveränderung und tiefgreifenden psychischen Erlebnissen (*Ricklin* (24), *Oberholzer* (25), *Bertschinger* (26) u. a.) zur sozialbiologischen Heilung im Sinne *Müllers* gelangten. Wir wollen auch daran denken, daß selbst *Aschner* mit seinen umstimmenden Mitteln aus der Humoraltherapie des 19. Jahrhunderts „nach *Max Müller* (13)" einen Beweis für die wiederholt vorgetragene Anschauung gegeben hat, daß therapeutische Aktivität an sich, in was sie auch bestehe, auf viele, ja die meisten Geisteskranken günstig wirkt", wenn auch, wie *Max Müller* schließlich abschließt, „seine verschiedenen Prozeduren ... im Grunde nicht viel anders als Hilfsmittel der Psychotherapie sind".

Wenn wir nunmehr zur Diskussion der Heilungsverläufe unserer Fälle übergehen, so sei bemerkt, daß es sich nicht um ein ausgelesenes Material handelt, sondern um sämtliche Patienten, die innerhalb eines begrenzten Zeitraumes zur Aufnahme und Behandlung in die Klinik kamen.

Fall 1: Ludwig R., 43 Jahre, Musiker. Pat. stammt aus einer Familie, in der Geisteskrankheiten nicht nachweisbar waren. Der Vater, ein energischer. dabei aber immer geselliger Brauereiarbeiter soll zeit seines Lebens dem Beruf entsprechend reichlich getrunken haben, heute aber trotz seiner 74 Jahre noch rüstig und klar sein. Von der Mutter wird angegeben, daß sie eine gleichfalls gesellige, gewissenhafte Person war, die mit 75 Jahren an Herzasthma gestorben sei.

Von den 8 Geschwistern des Pat. sind 5 schon als Kinder gestorben; ein Bruder, der als Maler talentiert war, ist im Kriege gefallen, ein zweiter Bruder wird als „Gelegenheitstrinker", die Schwester als hypomanische Kellnerin beschrieben. Aus der weiteren Verwandtschaft ist anzuführen, daß ein Onkel v. s. an traumatischer Epilepsie gelitten haben soll und in einer Heilanstalt zum Exitus kam.

Pat. selbst soll durch Kaiserschnitt entbunden sein, mit 6 Jahren eine schwere Diphtherie mit nachfolgender Augenentzündung durchgemacht haben. sonst aber nie ernstlich krank gewesen sein. Er zeigte während des Volksschulbesuches, in der er immer ein guter Schüler gewesen sein soll, ein bes. Interesse für Musik und wurde von seinem älteren Bruder schon während der letzten Schuljahre zu Aushilfen verwendet. Nach der Schulentlassung hat er kurz eine Fachschule besucht, sich aber schon mit 16 J. einer reisenden Kapelle angeschlossen, mit der er bis zum Ausbruch des Krieges in Deutschland, Österreich und der Schweiz Beschäftigung hatte.

Da Pat. 1913 in Berlin eine Syphilis akquirierte, die trotz mehrfacher Salvarsankuren nicht zur Ausheilung kam, sich vielmehr 1915 in luetischen Geschwüren an beiden Tons. erneut bemerkbar machte, wurde er bis 1917 vom Kriegsdienste zurückgestellt und auch dann nur während weniger Wochen an der Front verwendet. Die übrige Zeit war er als Musiker in Etappenkapellen tätig. Nach Beendigung des Krieges hat sich Pat. in Hamburg niedergelassen, ist hier in verschiedenen Lokalen und während der Saison mehrfach in Seebädern tätig gewesen.

Pat. hat 1921 geheiratet. Die Frau ist als Kellnerin tätig. Die Ehe wird im ganzen als glücklich geschildert, doch habe Pat. schon in den ersten Ehejahren gelegentlich auch außerehelichen Verkehr gehabt, wofür sich die Frau „zu revanchieren suchte". Er habe in den letzten Jahren immer häufiger dem Alkohol zugesprochen und die Frau darunter leiden lassen, daß er zuletzt fast jeden Tag 2 bis 4 Liter Bier zu sich nahm. Während derselben Zeit habe er sich auch weniger um Arbeit gekümmert und sich nichts mehr daraus gemacht, wenn er längere Zeit zu Hause sitzen mußte. Früher sei Pat. im Gegensatz dazu immer sehr ordentlich gewesen, gewissenhaft und strebsam und wird von den Angehörigen als gesellig und überall beliebt geschildert, soll aber schon immer einen Hang zum Grübeln und eine gewisse Feinfühligkeit aufgezeigt haben. Er habe sich vor anderen „leicht in sich selber verkrochen" und oft unter „grundlosen Verstimmungen" gelitten, so daß er „bald mal lustig, bald mal traurig" gewesen sei. Er habe dessen — ungeachtet jederzeit einen großen Kreis von „guten Bekannten" gehabt, den er erst in den letzten Jahren vernachlässigt habe.

Bei der am 2. 8. 1937 erfolgten Aufnahme in unsere Klinik ist Pat. nur oberflächlich zugänglich gewesen, er zeigte in Haltung, Bewegung und Mimik eine ausgesprochene Lahmheit, war dabei von anhaltend depressivem Ausdruck, der bei der Schilderung seiner Wahnideen noch tiefer ins Depressive absank. Die Sprache war dabei monoton und leise, der Gedankenablauf träge und von ausgesprochener Ratlosigkeit.

Bei der Aufnahmeexploration gibt Pat. erste Anzeichen einer Veränderung für eine zwei Jahre zurückliegende Zeit an. In einem Bordell habe er damals mit einem „Zwitter" verkehrt, wonach seine Frau „dicke Freundschaften mit Mädchen angefangen habe". Es wäre ihm zunächst dieser Verkehr ziemlich gleichgültig gewesen, doch wäre er davon „mit sich selbst uneins geworden", hätte sich „zu nichts mehr entschließen können", und meist beschäftigungslos und teilnahmslos herumgesessen. Pat habe seither so gut wie nicht mehr mit seiner Frau verkehren können (was als objektiv unrichtig bezeichnet wird), er hätte am normalen Verkehr jedes Interesse verloren, wäre wie sie „homosexuell' geworden und habe seit Okt. 36 mehrfach „bei anderen Männern vorn hingelangt". Seit dieser Zeit merkte er auch, daß ihm „die Leute eigenartige Zeichen mit der Zunge machen", von denen er annahm, daß sie eine sexuelle Aufforderung enthielten. Er habe darüber wiederholt mit seiner Frau gesprochen, aber nie eine klare Antwort erhalten. Zuletzt habe er sich gedacht, die Leute meinten, er müsse seine Homosexualität zur Anzeige bringen. Er habe in dieser Zeit auch keine Musik mehr machen können, hat sich von den Gästen immer beobachtet gefühlt, auch während der Arbeit die Zungenzeichen gesehen und wäre schließlich froh gewesen, keine Arbeit zu haben.

Auf das Drängen mehrerer Freunde sei er aber Anfang Juli 37 nach W. gefahren, wo er jedoch gleich bei seiner Ankunft „das Gefühl gehabt habe, daß er beeinflußt werde". Er merkte, daß man ihm auch hier die Zungensprache

machte, „daß die Leute alles von ihm wußten“ und er sich nicht mehr sehen lassen konnte.

Er bekam am 9. 7. heftige Kopfschmerzen, die gegen Medizin refraktär blieben, glaubte, daß man ihn wegen seiner Homosexualität erschießen, wegen der im Kriege verübten Selbstverstümmelung — er hat sich, an den Narben erkennbar, in den Großzeh geschossen, um nach Hause zu kommen — einsperren und „wegen vieler Dinge, die er gar nicht mehr wisse, ins Zuchthaus bringen würde“. Um den Verfolgern, die mit seinen Freunden unter einer Decke steckten, entgehen zu können, versuchte er am 12. 7. Suicid durch Stich in die Herzgegend.

Pat. wurde am 17. 7. in das Universitätskrankenhaus Eppendorf aufgenommen, war nach den Angaben der dortigen Krankengeschichte zerfahren, ungeordnet, in seiner Darstellung beziehungslos, unbeteiligt, mechanisch plappernd und kontaktlos, wurde aber wegen der anamnestisch sichergestellten Lues dort zurückgehalten, bis er am 30. 7. einen neuen Suicidversuch unternahm.

Der Körperstatus war der eines 1,67 m großen, 62,5 kg schweren Mannes in gutem Allgemeinzustand, der intern und neurologisch einen durchaus regelrechten Befund bot. Die WaR. im Blut war dreifach positiv, der Liquor bis auf eine Herabsetzung des Eiweißquotienten o. B.

Wenn wir die bisher bekannte Entwicklung des Falles überblicken, so imponieren darin gerade jene Momente, die von *Mauz* (15) als Merkmale des akuten Prozeßgeschehens angesehen werden. Sie lassen eine primär empfundene innere Veränderung unseres Pat. erkennen, der während der folgenden Zeit ständig darüber nachdenken muß, wodurch und weshalb er derartig verändert ist. Was uns innerhalb dieser Psychose als Wahn entgegentritt, dürfte deshalb nicht mehr als das Primäre betrachtet werden können. Wir möchten diese Erscheinungen vielmehr in Übereinstimmung mit *Bleuler* als die „Folge mehr oder weniger mißglückter ... Anpassungsversuche an die primären Störungen“ (29) betrachten, wobei es uns von Interesse erscheint, daß in den sekundären, pathoplastischen Erklärungs- und Absättigungsversuchen die von *Müller* neben der affektiven Veränderung in den Vordergrund gestellte Aufhebung der Verdrängungsmechanismen recht schön zu erkennen ist. Daß „Stimmenhören“ dabei bis zur Aufnahme in unsere Klinik von Pat. noch nicht erlebt worden war, um so stärker aber in der Entwicklung der folgenden Tage in Erscheinung trat, mag die Vermutung entstehen lassen, daß das Stimmenhören gerade in diesem Falle im Sinne *Birnbaum*s (30) einer „allgemein biologischen Tendenz ... der Selbsterhaltung“ entspricht, indem dadurch erreicht wird, daß die aus der Verdrängung aufsteigenden, von der persönlichkeitsbewußten Ethik verneinten homosexuellen Reminiszenzen und Strebungen nach außen projiziert und gewissermaßen als „ich-fremd“ empfunden werden können. Die Dinge

selbst büßten dadurch an Affekt ein, obgleich dabei je länger je mehr die Überzeugung in den Vordergrund trat, daß er „wegen seiner Verbrechen und Lumpereien bestraft werde, nicht mehr essen dürfe und sich umbringen müsse“ (7, 8).

Allmählich läßt sich jedoch im äußeren Verhalten des Pat. eine deutliche Gewöhnung an das neue „Vitaloptimum“ erkennen. Das zunächst hilflose und ratlose Benehmen des Pat. ordnete sich, der Widerstand des „Normal-Ichs“ entfällt, es tritt eine immer stärker beherrschende Affektflachheit, Oberflächlichkeit und Inaktivität in Erscheinung, die schließlich so weit führt, daß Pat. sich bei einer am 13. 8 vorgenommenen Nachexploration und dem anschließenden Assoziationsversuch mehrfach wegen seiner Angaben und Aussagen entschuldigte, „da dies alles von den Stimmen gemacht und vorgesagt werde“. Er läßt dabei auch die von *Müller* (14) bei der Besprechung der Übertragungsmechanismen betonte psychotische Verarbeitung der ärztlichen Bemühungen erkennen, indem er äußert (13. 8):

Daß er den Ärzten schon seit langem bekannt sei; er wisse, daß er von ihnen beobachtet worden sei, und glaube, daß man ihn bei der angekündigten Kur auf eine anständige Art um die Ecke bringen wolle, damit sich seine bedauernswerte Frau seinetwegen nicht zu schämen brauche.

Pat. wurde am 16. 8. in die Insulintherapie genommen, wobei sich bei den angewandten kleinen Dosen beobachten ließ, daß die in den letzten Tagen mühsam erworbene und noch äußerst labile schizophrene Lebenshaltung unter der Wirkung der Insulinmedikation jeweils wieder verloren ging. Dies ließ sich vor allem daran erkennen, daß Pat. innerhalb der Hgl. jeweils extrem depressiv, ratlos und gereizt wurde:

Pat. verlangte mehrfach nach dem Strick, danach daß man die Spritzen etwas stärker mache, damit er endlich sterben könne, weil es ja doch keinen Zweck mehr habe, sagt, daß die Stimmen innerhalb der Hgl. immer näher kämen, immer lauter würden und jetzt direkt an seinem Ohr zu hören seien. Er werde jetzt von ihnen richtig angebrüllt. Die Stimmen sagen ihm jetzt auch, daß es ja keinen Zweck mehr habe. (19. 8., 40 E. I.)

Für die Wirkung der Hgl. ist es bezeichnend, daß Pat. am 20. 8 nachmittags angab, jetzt so gut wie keine Stimmen zu hören. Seit er so um sich geschlagen und geschlafen habe (am Ende der Hgl.), seien sie stille geworden, so daß er hoffen möchte, es werde noch einmal besser mit ihm. Dabei ließ er auch objektiv eine zunehmende Besserung in dem Sinne erkennen, daß das schon vor Beginn der Therapie erkennbar gewesene „Sich-Abfinden“ mit seiner Lebenssituation, worin wir die Aufgabe des Widerstandes seiner Persön-

lichkeit gegen den Prozeß erkennen dürfen, immer deutlicher wurde. Er war zwar affektleer und kontaktlos, im Wesen aber einheitlich und geschlossener als vorher. Er ließ dabei auch eine zunehmende Ordnung seines äußeren Verhaltens erkennen, so daß sich unterm 20. 8. folgende Notiz im Krankenbericht findet:

„Bei Pat. ist eine bedeutende Besserung eingetreten. Pat. ist freier, ruhiger und freundlicher geworden. Pat. hilft bei den Hausarbeiten und ißt sehr gut."

Der Verlauf der Hgl. an den folgenden Tagen entsprach etwa folgendem Protokoll vom 21. 8.:

Der gestern nachmittag geordnete, oberflächlich konventionell freundliche Pat. ist innerhalb der Hgl. nach wie vor ängstlich und schwerst depressiv. Er hört massenhaft Stimmen, die zunehmend lauter werden, weiß sich nicht mehr zu helfen, die Ohren hält er sich zu, versteckt sich unter der Bettdecke, ist vollkommen hilflos. Er verlangt heute ein über das andere Mal, daß man ihn umbringen solle, er habe es ja in seinem Lebenslaufe aufgeschrieben, den Ärzten könne deshalb kein Vorwurf entstehen. Er gibt jetzt auch an, daß ihm die Stimmen sehr genau bekannt seien. Es seien die von Kollegen, mit denen er vor dem Kriege musiziert habe. Diese müßten ihn wohl beobachtet und alle seine Schandtaten notiert haben. Die würden ihm jetzt durch die Stimmen alle vorgeworfen.

Später ist Pat. etwas ruhiger geworden; er wird zunehmend somnolent, die Stimmen lassen nach, er zeigt jetzt ein ergebenes, widerstands- und persönlichkeitsloses Gesicht.

Wieder zunehmend unruhiger, schlägt, ohne dabei sprachliche Äußerungen zu tun, um sich, klammert sich gleichsam hilfesuchend überall fest, beißt in die Bettdecke, ins Steckbrett, ruft mehrere Male, daß man ihm helfen solle.

Nach der kurz darauf vorgenommenen Unterbrechung (durch Trinken) ist Pat. zugänglicher und freier als am gestrigen Nachmittag. Er hört, wie er angibt, jetzt keinerlei Stimmen und erklärt, daß die Stimmen mit ihren Behauptungen durchaus unrecht hätten, weil er „gar nicht schwul sei" und „nur mit sich uneins geworden".

Es ist schon in diser Form der Einzelreaktion deutlich, was wir bei einigen anderen Fällen noch besonders unterstreichen werden, daß die „auflockernde Wirkung", auf die vor allem *Zoltan* und *v. Pap.* (31) hingewiesen haben, häufig darin besteht, daß die außerhalb der Hgl. verfestigten Strebungen und Triebe während des Abbaus der „aktuellen Persönlichkeit" (*Küppers* (9) unkontrolliert und ohne Gegengewicht zur Wirksamkeit kommen, wobei, wie im vorliegenden Fall, die außerhalb der Hgl. mühsam zurückgedrängten Triebansprüche besonders lebhaft werden. Durch die weiterschreitende Wirkung der Hgl., d. h. durch die allmählich eintretende und zunehmende Somnolenz aber wird ihnen gleichsam die Kraft fortgenommen, sie fallen in sich zusammen.

Im weiteren Verlauf des 21. 8. war der Pat. nachm. wieder zu jener Optimalform gekommen, die wir zuvor beschrieben haben.

Der Verlauf innerhalb der Hgl. änderte sich auch dann nicht, als Pat. am 23. 8. (65 E. I.) erstmals einen deutlichen Schock und Reaktionsverlust erkennen ließ, wobei, wie schon in *Wiedekings* (32) Versuchen mit psychisch Gesunden betont, dieser Bewußtseinsverlust jedoch kein völliger war, sondern ein Rest der Schmerzempfindung erhalten blieb. Am Nachmittage des 23. 8. wurde eine vorsichtige Exploration durchgeführt, in der sich ergab, daß die zunächst das Bild beherrschenden Inhalte wie die Homosexualität und die Selbstverstümmelung inzwischen weitgehend zurückgetreten waren und anderem Material Platz gemacht hatten.

Heute bin ich etwas schlapp, von der Kur wahrscheinlich, sonst geht es. (Stimmen?) „Ab und zu noch. — Aber lange nicht mehr so häufig. Sie sind jetzt auch nicht mehr so laut. Auch weiter weg. Vorige Woche in der Kur sind sie viel lauter gewesen. Sie sind ganz dicht gewesen. Als ob einer neben mir gestanden wäre und mir in den Ohren schrie. — Was sie gesagt haben, weiß ich nicht mehr genau. Meistens, daß ich mich umbringen soll." (Jetzt?) „Wenn ich sie jetzt mal höre, sagen sie, daß meine Frau mich vergessen hat, daß ich von meiner Frau wegkommen müßte. Die Stimmen sagen auch: Wenn dich die Ärzte gesund gemacht haben (Krankheitseinsicht!?), wirst du so lange getrieben, daß du dich selber aufhängst. Sie sagen auch, daß meine Frau das Geld für die Kur umsonst ausgäbe. Mir fehlte ja gar nichts. Ich wäre bloß ein schlechter Kerl und müßte aufgehängt werden . . .

In W. habe er so etwas wie einen „Verfolgungswahn" gehabt, weil er einfach nicht mehr zurechtgekommen sei und sich irgend etwas geändert haben müsse. — (Ob sie ihn wirklich verfolgt haben?) „Nein, das glaube ich nicht. Aber die haben doch immer so auf mich geschaut. Ich weiß ja auch jetzt noch nicht, warum die immer das gemacht haben. Da habe ich dann geglaubt, meine alte Krankheit (Lues) wäre wieder ausgebrochen, und bin deshalb zum Arzt gegangen. Ich habe da auch das Gefühl gehabt, als ob die mich ins Wasser werfen wollten. Da hab ich mich selber umbringen wollen."

(Stimmen?) „Ab und zu höre ich jetzt ganz leise Stimmen . . . Die Patienten hier reden wohl über mich. Ich höre die Stimmen meist am Abend, wenn ich ins Bett geh. Auch in der Früh höre ich die Stimmen, am lautesten, wenn ich die Spritzen bekommen habe."

Während der Exploration ist Pat. im übrigen durchaus zugänglich und offen, er gibt klare Auskunft, läßt an keiner Stelle Absperrmechanismen erkennen, ist aber im ganzen noch ratlos, immer dicht am Weinen und kommt, wie er einmal sagt, sich selbst völlig fremd vor.

Der am 21. 8. beschriebene Verlauf der Hgl. war auch am 24. 8. sehr schön zu erkennen.

Die Stimmen drängen erneut an. Pat. schluchzt und schreit laut auf vor sich hin. Er sagt, daß er alles tun müsse, was die Stimmen von ihm verlangen. Er möchte gern wissen, wo die Stimmen eigentlich gemacht würden. Er wird schließlich zunehmend unruhig, schlägt wieder um sich, beißt sich fest, bäumt sich auf und ist auf keine Art zu beruhigen, obwohl er deutlich erkennen läßt, daß der Zugang zu seiner Auffassung nicht vollkommen verlegt sein kann.

Er wälzt sich, etwa 2 Std. p. i., mit offenen Augen qualvoll im Bett herum, brüllt, schreit laut dabei auf, verfolgt aber alles, was um ihn her vorgeht. Er steht schließlich im Bett auf, schlägt sterotyp mit der Faust auf das Steckbrett, wird nach etwa 20—30 Min. wieder ruhiger und ansprechbar, so daß er sein Zuckerwasser selbst zu sich nehmen kann.

Nach der Unterbrechung gibt er an, daß er noch alles gesehen habe, es sei ganz furchtbar gewesen, er habe das Gefühl gehabt, als ob ihn einer im Genick gepackt und ihm alles zusammengeschnürt habe. Es sei auch alles verkehrt gewesen: wenn er schreien wollte, habe er stöhnen und brummen müssen.

Er habe ein furchtbares Ziehen und Zerren in den Gliedern empfunden, habe auch sehr viel Angst gehabt, wisse aber nicht, warum. Es sei eine richtige Lebensangst gewesen. Er habe aber keine Stimmen mehr gehört, vielmehr hätten die aufgehört, wie das Gefühl im Genick gekommen sei.

Er läßt jetzt eine große Angst davor erkennen, daß dieses Gefühl einmal wiederkommen könne.

Im weiteren Verlauf dieses Tages ließ sich aber keine stärkere Nachwirkung des Schocks bemerken, eine solche stellte sich vielmehr erst am kommenden Tage (25. 8) ein, an dem Pat. innerhalb der Hgl. einen Anfall bekam, der mit starken klonischen Zuckungen begann und in einen etwa 5 Min. andauernden tonischen Krampf mit Opisthotonus ausging. R. ließ heute zum erstenmal den Typ des Insulinschocks erkennen, den er während der ganzen weiteren Behandlung zeigte, wobei auch ein allmählicher Abbau der Insulindosen keine wesentlichen Änderungen brachte. Da der Krampfzustand etwa 50—55 Min. nach Beginn des Schocks eintrat, wurde die Nasensonde innerhalb des Krampfes gelegt, der sich dann während der Unterbrechung löste und einem Zustand der tiefsten Bewußtlosigkeit wich.

Aus diesem erwachte R. innerhalb weniger Minuten fast ohne sichtbare Durchgangsstadien zu einem von Anfang an klaren, über sich selbst und der Umwelt völlig orientierten Bewußtsein. Er erscheint in seinem Verhalten völlig von allen psychotischen Einschlägen befreit, fühlt sich „sehr klar im Kopfe wie seit langem nicht“, ist affektiv gelockert, freundlich und zugewandt, spricht mit Ref. über seine Heimat, bringt sein Bett in Ordnung und hilft dann flott und geschickt seinen Mitpatienten, ohne dazu aufgefordert zu sein. Er läßt dabei allerlei Scherzworte fallen, sagt „gelernt ist gelernt“ und er sei „bei der reitenden Gebirgsmarine zu Fuß“ gewesen, wirkt dabei affektiv durchaus moduliert und adäquat.

Während Pat. in den letzten Tagen die nach der Unterbrechung erkennbare Lockerung, Gelöstheit und innere Befreiung im Verlauf weniger Stunden verlor, hielt am 23. 8. die nun erkennbare Befreiung wesentlich länger an. Sie war auch am folgenden Tage noch vorhanden, an dem Pat. nach dem fast gleichen Verlauf der Hgl. kurz nach der Unterbrechung voll aufgeschlossen und zugewandt war. Er ließ voll in sich hineinsehen und spontan eine deut-

liche Neigung erkennen, über seine Krankheit zu sprechen und sich „Klarheit zu verschaffen". Er begann spontan, eine Darstellung seiner Erlebnisse in W. zu geben.

„Wie ich einmal am Bahnhof war, um die neu ankommenden Gäste zu sehen, ist eine junge Dame gekommen, die ich von Anfang an ansehen mußte. Sie hatte die Augen niedergeschlagen, plötzlich hat sie mir dann voll ins Gesicht gesehen, dabei die Zunge zwischen den Zähnen herausgepreßt und damit so eigenartige Bewegungen gemacht. Damals dachte ich, daß das eine „Sexualsprache" ist und die Dame etwas zu mir sagen wollte, was ich nicht verstand. Der Hoteldiener hätte das ja auch sehen müssen, ich wundere mich eigentlich, daß ich dies ganz allein auf mich bezogen habe."

Die gleiche Verwunderung sprach er über seine anderen psychotischen Erlebnisse aus. So sprach er immer wieder davon, daß er sich „schon mal gedacht habe, es könne so und so sein", wobei damit jeweils ein Fortschieben, eine Art Bagatellisierung gemeint war. Die gleiche Einstellung zeigte er auch zu den Stimmen.

Er höre sie nur noch selten und sehr leise morgens vor allem und manchmal auch nachts. Letzte Nacht hätten sie gesagt, daß er sich umbringen werde. Sie täten so, als ob das eine sichere Sache sei. Er sei jetzt davon abgekommen, wisse nur nicht, wo die Stimmen herkämen. Manchmal sei es, als ob es seine eigenen Gedanken seien. Er höre sie nicht mit dem Ohr, sie kämen jetzt überhaupt nicht mehr von außen, sondern säßen in seinem Kopf. Es sei ein Lispeln daraus geworden, welches er gerade so höre, wie wenn man im Theater ganz vorn säße und die Souffleuse alles vorsagen hörte. Er komme auf diesen Vergleich, weil er vor einiger Zeit den Stimmen alles habe nachsagen müssen, was er jetzt aber nicht mehr nötig habe.

Wir können in diesem Protokoll Mechanismen erkennen, die *Müller* als die Tendenz zur Selbabgrenzung und zur Isolierung der Wahnwelt beschrieben hat und die auch in dem Fall (1) bei *Jahreiß* (16) erkennbar wurden, obwohl es sich dort lediglich um eine psychotherapeutische Beeinflussung gehandelt hat.

Während R. nach der Unterbrechung des 25. und 26. 8. voll zugewandt war, das Gespräch suchte und spontan ein Bedürfnis nach Klarheit zeigte, ließ er bereits am 27. 8. eine mehr autistische Haltung erkennen, obwohl der Verlauf der Hgl. und der Unterbrechung dem der vorangegangenen Tage völlig glich. Während er auch im Verkehr mit den übrigen Patienten sehr gelockert und zugänglich gewesen war, schloß er sich vom 27. 8 ab allmählich wieder ab:

Pat. ist am Nachmittag unkonzentriert und zerfahren, spielt beim Skat dauernd falsch, steht in schlechtem Rapport und fast aufgehobenem Kontakt.

Am 28. 8. war schon innerhalb des Schocks der Gesichtsausdruck depressiv. Pat. erschien nach der Sondenernährung zwar wach, war aber nicht zur Reaktion zu bringen, so daß wir schließlich 100 ccm 40%igen Traubenzucker i. v. gaben. Sein Zustand

ließ aber auch danach keine „schlagartige Aufhellung" erkennen, das Gesicht zeigte große, schreckhafte Augen, und es bestand der Eindruck einer Rat- und Hilfslosigkeit, wobei es auf keine Art gelang, mit R. in Kontakt zu kommen. Nachdem er etwa 10—15 Min. sich selbst überlassen blieb, wurden die Kontaktversuche erneut und angestrengter wieder aufgenommen, doch legte er, ohne sich zuzuwenden, nur die Finger auf den Mund. Schließlich konnten wir folgendes protokollieren:

(Dürfen sie nicht antworten?) — R. schüttelt ganz wenig den Kopf.

(Sagen das die Stimmen?) — — —"

(Sind die jetzt wieder da?) — — —"

(Was sagen sie denn?) — — „Pat. winkt Ref., sein Ohr an seinen Mund zu legen, und flüstert: „Ich darf es nicht sagen."

(?) „Ich bin tot. Mir sitzt einer im Genick, der hat mich umgebracht. Seit heute morgen bin ich tot. Kann mich gar nicht bewegen."

Obwohl ihm durch Kneifen usw. bewiesen wird, daß er nicht tot ist, gelingt es zunächst kaum, seine Überzeugung zu erschüttern. Er bleibt unberührt und unbeweglich, fällt, wenn man ihn aufsetzt, in sich zusammen, sagt, wenn er überhaupt eine Antwort gibt: „Ich bin tot".

Er wird schließlich vom Pfleger aus dem Bett gehoben und zum Waschen geführt. Er muß zu allem angetrieben werden, ist aber nicht widersetzlizch dabei.

Am Frühstückstisch beginnt er zu weinen, läßt das Essen unberührt stehen, nimmt aber, was ihm eingegeben wird, dankbar zu sich. Sagt etwas später, er sei zu zwei Dritteln tot.

Bleibt heute den ganzen Tag über gedämpft, unfrei, kontakt- und antriebslos. Er ist immer für sich und erklärt, bei Versuchen ihn anzuregen, mehrfach, daß er doch „deutlich gespürt habe, wie ihn der Tod oder sonst wer im Nacken angepackt habe".

Diese Haltung blieb bis zum 31. 8. fast ohne Veränderung. Die nach dem Anfall am 25. 8 erkennbar gewesene Besserung seiner affektiven Beziehungen war völlig verlorengegangen. Er wirkte auch jetzt noch geordnet, war aber gleichsam selbst gar nicht dabei, ohne jede Eigenaktivität, völlig apathisch.

Wie aus den folgenden Notizen hervorgeht, zeigten sich nunmehr ganz neue „Wahnvorstellungen". Auch traten neue Verhaltungsweisen auf, die man mit *Mauz* (15) als pathoplastische Folgen des primären Bedrohtseins auffassen konnte.

Die von *Mauz* als die Kennzeichnungen dieses Prozesses bei den verschiedensten Autoren zusammengestellten Termini technici (gespürten Bedrohtsein des Ichs und seiner Einheitlichkeit bei *Hinrichsen*, gespürten Zerfall der Individualität bei *Wernicke*, das Erlebnis der Insuffizienz bei *Berze*, der verblaßten Eigenaktivität und des völlig fehlenden Aktivitätsbewußtseins bei *Kronfeld*) (15) wurden aus den angeführten Explorationen ohne Schwierigkeiten

abstrahiert. Wir sahen sie zudem in einer Angabe bestätigt, die Bat. am 31. 8. machte:

Vorigen Sonnabend, da war es ganz schlecht. Da hat sich alles geändert gehabt. Da kam es mir so vor, als ob ich in einem Sarge liege. Ich konnte mich gar nicht bewegen. Da habe ich gar keine Lebenslust und Lebensfreude mehr gehabt. Da bin ich ein ganz anderer Mensch gewesen. Da waren die Stimmen alle weg und es war alles ganz anders, die kamen dann erst später wieder.

Das Erwachen am 31. 8. hat sich im übrigen wie folgt vollzogen:

Verlauf der Hgl. wie sonst.

9^{40} Unterbrechung durch Nasensonde. Pat. ist dabei ruhig. Pyramidenhaltung der Arme.

9^{42} Fluchtrefl. — bisher erloschen — jetzt gesteigert; übrige Reflexe ††, keine pathologischen Refl. mehr.

9^{43} Re. Auge krampfhaft zugekniffen, li. blinzelnd. Fährt sich mit der rechten Hand über die Augen — wegwischende Gebärden.

9^{44} Ziellose, fahrige Bewegungen mit bd. Beinen.

9^{46} Aufschrei — plötzliche Lockerung aller Gelenke. Öffnet beide Augen. Blickt verwundert um sich. Spielt mit Gliederbewegungen. Schreit wieder auf. Lächelt, wendet sich um.

9^{52} Jetzt süßlich — konventioneller Gesichtsausdruck, niedlich, gibt „Händchen", wünscht guten Morgen.

9^{54} Stöhnt befreit auf, legt sich bequem, lächelt, — schüttelt plötzlich den Kopf — murmelt: „Ach du lieber Gott — nun ist alles vergeben". (Wie gehts?) „Wirklich gut — alles vergeben — alles vergeben — alles vergeben — ich hoffe, alles vergeben" — plötzliche Änderung des Ausdrucks ins Depressive — Nachdenkliche. Greift wieder nach dem Hals, wischt über die Augen, wendet sich ab, murmelt ein „Vater unser". herunter — verdeckt das Gesicht mit den Händen, sagt plötzlich auflachend: „Ach, meine Schweineschnauze". Wirkt jetzt wieder freier, lacht aber läppisch und manieriert vor sich hin. Erklärt, daß er sich „hundert Prozent leichter fühle", er habe „es jetzt überstanden", er „wisse, wie er dran sei". Steht dann bald auf. Läßt keine Änderung mehr erkennen, bleibt läppisch, manieriert, immer etwas bedeutungsvoll.

Nachm. vorsichtige Exploration. Er gibt an, jetzt wieder Stimmen zu hören — sie hätten ihm heute vorm. verraten, weshalb er umgebracht würde: „Weil meine Frau einen anderen Mann heiraten will, den ich auch kenne, und ich komme hier doch nicht raus, und wenn ich rauskomme, dann muß ich ins Zuchthaus. Und in der Zelle muß ich mich aufhängen." (?) „Das weiß ich eigentlich auch nicht. Ich hab ja gedacht, daß es wegen der Lumperei, die ich im Kriege gemacht habe. Aber das glaube ich nicht mehr. Die Stimmen sagen, ich werde mich trotzdem aufhängen, weil meine Frau von mir geht und einen anderen heiratet." (?) „Wir haben ja eine ziemlich freie Ehe geführt, das wäre ja nicht schlimm — aber ich weiß nicht, warum ich mich sonst aufhängen soll. Ich habe ja nicht mehr den Vorsatz, es zu machen— aber ich weiß nicht, ernst zu nehmen sind die Stimmen auf jeden Fall.

Die Stimmen sind manchmal, „als ob ich sie im Kopf habe". Er meint, sie würden „in einem Laboratorium gemacht, wo viele Ärzte sind und beratschlagen, was mit mir noch anzufangen sei. Ich habe jetzt vor den Stimmen keine Angst mehr, die haben mir auch schon oft geholfen, z. B. Zigaretten

besorgt, wenn ich keine mehr hatte." Die holen alles aus dem Unbewußten heraus, was manchmal noch quälend sei. Manchmal sei es so, als ob sie in seinem Gewissen herumbohrten. Da fühle er sich elend. Da sei er „wohl krank". Aber nachher machten sie auch wieder Gutes. „Vielleicht fangen die auch an und sagen mal etwas Netteres zu mir."

Wenn man diese Exploration zu analysieren versucht, so sieht man darin ein ganzes Bündel von *Müller*schen Selbstheilungsmechanismen am Werke. Einmal sind die Komplexe, die zunächst mit dem depressiven Stimmungshintergrund im Zusammenhang standen, weitgehend zurück getreten; die Homosexualität als Inhalt ist verschwunden, die leichtere „Lumperei im Krieg" zwar noch bewußt, aber entkräftet. Der Zustand des Pat. ist vor allem aber nicht mehr Ursprung seiner eigenen Persönlichkeit, sondern hervorgerufen durch den „Fremd-Willen" der Ehefrau. Die Stimmen sind inzwischen sehr gegenständlich geworden, sie entstehen „in seinem Kopf" durch die ihn „beratenden Ärzte", holen zwar „manchmal noch alles aus dem Unbewußten heraus", machen aber auch, daß ihm Gutes getan wird.

Von besonderer Wichtigkeit erscheint uns, daß Pat. selbst dafür Anhalte bot, daß innerhalb der Hgl. jeweils der Grundprozeß auftauchte und nach Erledigung verlangte. Die „quälenden" Stimmen wurden immer in der Hgl. angegeben. Dann ist er „krank" sie „bohren in seinem Gewissen herum" während er nach der Unterbrechung „hundert Prozent freier" ist. Dieser Mechanismus war besonders auch am folgenden Tage sehr deutlich geworden, an dem er im Stadium der Absättigung „an alles und nichts denkt", „was es so gibt und was es nicht gibt" und wo er hinzufügte, daß man dies „doch denken dürfe, weil man dabei gesund werde".

An diesem Tage ließ er auch deutlich erkennen, wie stark psychotherapeutische Momente wirksam werden. Wir hätten darauf schon bei Gelegenheit der vorhin angeführten Exploration hinweisen können, denn die Tatsache, daß er die Stimmen auf die ihn „beratenden Ärzte" zurückführt, muß an den Mechanismus einer Übertragung denken lassen. Am 1. 9. war dies besonders deutlich geworden. Als der Untersucher den Pat. sich selbst überlassen wollte, bat er:

„Bleiben Sie doch Doktor, sie haben so gute Augen. Wenn Sie mich ansehen, ist mir ganz gut. Da bin ich viel klarer, ganz ruhig. Wenn ich so allein hier liege, kommt alles wieder. Die Stimmen und so. Da wird mir ganz dösig. Nehmen Sie mir das doch ab. Wenn Sie da sind, ist das bei Ihnen. Wenn Sie weggehen, kommt es gleich wieder zu mir".

In Übereinstimmung mit diesen subjektiven Angaben des Pat. stand auch sein objektiv feststellbares Verhalten, das schon jetzt

(und von Tag zu Tag zunehmend) eine starke Versonnenheit und Nachdenklichkeit erkennen ließ, sobald er nach der Unterbrechung sich selbst überlassen wurde. Er war dann ohne jede Aktivität, auf sich selbst zurückgezogen, ohne jede Teilnahme. Sprach man mit ihm, so tauchte er gleichsam aus seiner Versonnenheit erst auf. Unterhielt man sich mit ihm, wurde der Rapport von Minute zu Minute besser, flotter und exakter. Er selbst gab wiederholt an, daß er sich dann immer „mit sich selber uneins fühle", sich „nicht zu helfen wisse" und froh wäre, wenn sich jemand um ihn kümmere. Bezeichnend war auch, daß er immer wieder angab, sich am Nachmittag „geschlossener" und freier zu fühlen, keine Stimmen zu hören und „schon sehr gesund zu sein".

Der Versuch, sein „gespürtes Verändertsein" durch die Heiratsabsichten seiner Frau zu erklären, führte schließlich dazu, daß er am 13. 9. angab, „er wisse, daß sie von einem anderen geschwängert sei", was ihm „sehr viel Kummer" mache, weshalb er nicht wieder zu ihr zurückkehren könne und hierbleiben müsse.

Während dieser Zeit war der Pat. auch objektiv nachmittags am geschlossensten, obwohl er, in seinem Verhalten „schizophrener" als nach der Unterbrechung wirkte. Er war nachm. unbeweglicher, verfestigter, der gefühlsmäßige Kontakt war wesentlich schlechter.

Trotz weiterer Behandlung und trotz einer intensiv „zudeckenden Psychotherapie" im Sinne *Max Müllers* (13) gelang es nicht, den Pat. ganz herauszureißen. Am 18. 9. gab er wieder die Merkmale des Grundprozesses an, die Wahninhalte waren beseitigt, typischerweise wurden jetzt auch keine Stimmen mehr gehört.

Fühlt sich im ganzen gut — verliert bloß manchmal die Gedanken — muß dann ins Leere blicken — ist überhaupt eigentlich leer. —

Weiß im Augenblick nicht, was die andern sagen.

Ist aber nicht bewußtlos, hat dann das Gefühl, daß alles ganz leer sei, ohne Zusammenhang. Versteht nichts mehr. Sieht die Wand oder die Bäume, ohne es zu wissen. Es gehe da gar nichts mehr vor.

Er erkennt diesen Zustand bezeichnenderweise wieder als „krank" und meint, daß „dies wohl dieselbe Sache wie mit den Stimmen sei".

Am 28. 9. sahen wir den Pat. erneut mit der Bildung eines Wahnsystems beschäftigt, das sich darauf beschränkte, das Verändertsein und Stimmenhören auf irgendeine Weise begreifbar zu machen, wobei sich eine halbe oder, wenn man will, auch ganze Krankheitseinsicht herauslesen läßt.

Ich habe sie (die Stimmen) genau so gehört, wie ich Ihre Stimme höre. Sie sind von außen gekommen. Jetzt sind sie fast ganz verschwunden. Ich weiß nicht, was ich damit anfangen soll. Ich kann sie mir doch nicht nur eingebildet haben. Verfolgt hat mich niemand, das war sicher bloß Einbildung.

Aber ich denke jetzt manchmal, daß mich vielleicht niemand mehr will, und daß ich deshalb nach der Heil- und Pflegeanstalt kommen muß. Ich kann mir die Stimmen nicht erklären. Vielleicht ist es auch gar nicht nötig. Ich habe eben eine Krankheit im Gehirn gehabt. Ob die aber wieder gut wird? Ich weiß da gar nicht, was ich denken soll. Glauben will ich es schon. Daß das aber alles wieder weggeht, das scheint mir doch unwahrscheinlich zu sein.

Das hier deutlich erkennbare Kompromiß, das „Sich-damit abgefunden-haben" gab er im übrigen während der ganzen folgenden Behandlung und späterhin nicht mehr auf, wenn er auch das eine oder anderemal in der Aussprache schwankend wurde.

Die nächsten Wochen der Behandlung müssen überschlagen werden. Bevor wir den Ausgang besprechen, soll zwar das Protokoll eines der letzten Behandlungstage (23. 11.) gebracht werden:

In der Hgl. noch immer das gleiche Bild. Pat. schläft zunächst kurz nach der Inj. ein, wird nach etwa 1 Std. wieder wach, döst dann ruhig vor sich hin. Er wird schließlich zunehmend somnolent, unruhig, wühlt vor sich hin, wird komatös, zunehmend psychomotorisch unruhig, wirft sich stöhnend im Bett hin und her, zeigt auf Schmerzreize keine gezielte Reaktion mehr, läßt danach aber eine deutliche Steigerung seiner Unruhe erkennen, die dann den ganzen Körper erfaßt. — Sie wird schließlich von Myoklonismen sowie Streck- und Torsionskrämpfen vor allem der Arme abgelöst.

Nach der Unterbrechung keine bes. Reaktion. Er ist versonnen, nachdenklich, verträumt. Ausgesprochen antriebslos, spielt mit den Fingern, döst vor sich hin. Er ist dabei außerordentlich labil und wachsartig, er übernimmt jeden Affekt der Umgebung, wird sofort freundlich, wenn man es selbst ist oder ihm eine Aufforderung begegnet. — Sich selbst überlassen, läßt er eine deutliche Ratlosigkeit erkennen. — Zwischen Erwachen und Aufstehen vergehen jetzt immer etwa 20 Min., während er zu Beginn der Behandlung immer sehr aus dem Bett drängte.

Nachm. gibt er an, daß er morgens immer über alles nachdenken müsse. Worüber, könne er nicht sagen, da er es eigentlich selbst nicht wisse. Es sei ihm da alles so fremd, er wisse da gar nicht, was er machen solle. Er fragt, ob dies nicht von der Kur käme, nachm. fühle er sich viel freier, könne sich viel besser mit den anderen abgeben, könne auch mal etwas erzählen, Skat spielen oder einen Scherz machen. Es wäre vielleicht gut, wenn er gar nicht mehr behandelt würde.

Dabei ist Pat. aber durchaus nicht frei, er ist selbstunsicher, schaut im Gespräch häufig zu Boden, spricht mit serviler, etwa süßlicher Stimme, ist übertrieben in Zuwendung und Affekten und ohne ausreichenden Kontakt.

Dieses Bild hatte sich schon Ende September eingestellt und fast keine Änderungen mehr gezeigt, es erhielt sich bis zum 27. 11., an dem die Behandlung nach 80 Schocks abgesetzt wurde. Wesentlich ist, daß R. während all dieser Wochen sich nachm. immer besser fühlte, daß er sich nur morgens noch „krank" fühlte, immer gleichmäßig kontaktlos und dabei betont freundlich blieb, immer mit den Mitpatienten zusammensaß, mit ihnen spielte und äußer-

lich völlig geordnet war. Vorm. ließ er während und nach der Hgl. in diesen Wochen jeweils eine deutliche Schwankung ins Empfindliche erkennen, er war dann labil, unselbständig und persönlichkeitslos, wie er selbst sagt, „ratlos und fremd". Es ließ sich deshalb erwarten, daß er nach Herausnahme aus der Behandlung eine Entwicklung im Sinne einer weiteren Verfestigung und „Ausfreifung" zeigen würde. Diese „Ausreifung" wurde gerade in seinem Fall besonders deutlich und günstig.

Als der Pat. nämlich am 2. 12. aus der Arbeitskolonne abgerufen wurde, trat er sicher und so gut wie vollständig frei auf. Das noch 8 Tage vorher mehrfach bemerkbare übertrieben verlegene Lächeln war fast völlig geschwunden, seine Bewegungen und Affekte waren fließend und gut moduliert. Er spricht spontan von seiner Entlassung, meint, daß er jetzt soweit hergestellt sei, um die Arbeit wieder aufnehmen zu können, wenn es wider Erwarten doch nicht ginge, wolle er sich auf Unterricht umstellen. Seine Haltung bleibt während des ganzen Gespräches unbedingt fest, Unsicherheiten machen sich jedoch in dem Augenblick bemerkbar, da man ihn vorsichtig nach Stimmen fragt, worauf er, seine Haltung schnell wiedergewinnend, einfach erklärt, daß sie ihn völlig gleichgültig ließen. Er habe sich davon überzeugt, daß sie aus seinem eigenen Kopfe kämen, es müsse an seinem Gehirn liegen, in dem er vielleicht eine kranke Stelle habe. Es sei eigentlich bloß noch so, daß seine Gedanken sehr deutlich seien, beeinflußt fühle er sich aber nicht, es sei eigentlich das, was er selber denke. Einen Widerspruch zwischen seinem eigenen Willen und dem Verlangen der „Stimmen" habe er in den letzten Tagen nicht mehr bemerkt.

Der unterm 2. 12. beschriebene Zustand des Pat. blieb bis zum Abschluß dieser Arbeit stationär. Der Pat. war soweit geordnet und konventionell unauffällig, daß er entlassen werden konnte.

Wenn wir den erfolgsstatistisch als „Besserung" zu wertenden, Fall Ludwig R. nunmehr in seinem Gesamtverlauf überblicken- so läßt sich eine große Zahl der von *Müller* untersuchten Selbst heilungsmechanismen erkennen, deren Isolierung außerordentlich kchwierig ist, da sie sich vielfach überschneiden und decken. Wir sönnen aber einen deutlichen Zusammenhang auch zwischen dem Gesamtverlauf und dem therapeutischen Vorgehen erkennen. Die später noch näher darzustellende Wirkung des Insulinstoßes bewirkte jeweils den Abbau der am Vortage oder vor Aufnahme der Therapie gewonnenen schizophrenen Optimaleinstellung, worunter das Ergebnis der „allgemein-biologischen Tendenz des Organismus, die Funktionsstörung in seinen funktionstüchtig gebliebenen Teilen im Sinne der Selbsterhaltung, der „Selbstheilung" auszugleichen oder wenigstens zu korrigieren", (*Birnbaum*) verstanden wird. Die Optimaleinstellung vermochte dabei gerade jenes Moment zu überdecken, das als „Verlust der inneren Einheit" von *Mauz* als

wesentliches Charakteristikum des Grundprozesses aufgefaßt wird. Wir haben mehrfach beobachten können, wie die insulinbedingte Demontierung der schizophrenen Welt diesen Grundprozeß, den Zustand nach Verlust der inneren Einheit freilegte. Es ist von daher verständlich, weshalb sich bei unserm Pat. die Wirkung der therapeutischen Bemühungen in sehr verschiedener Weise äußern mußte. Während er sich im Anfang der Therapie für die Behandlung durchaus dankbar zeigte und glaubte, „daß sie ihm schon helfen würde", wurde er später, als ihm pathoplastisches Material für eine Absättigung des nach der Unterbrechung immer erneut erlebten Grundprozesses nicht mehr zur Verfügung stand, durchaus ablehnend. Der „stufenweise Abbau der kortikalen Hemmungen" (*Zoltan, v. Pap* (31) stellte das schon weitgehend an die Wirklichkeit angepaßte Kompromiß immer erneut in Frage, der Pat. wurde „mit sich selbst uneins", mußte das Kompromiß nach jeder Unterbrechung erst mühsam wiedergewinnen und äußerte nun Beschwerden darüber, daß er „noch immer behandelt werde, obwohl er sich nachmittags viel besser fühle."

Daß der gleichsam experiemtell isolierte Grundprozeß, trotz des therapeutischen Vorgehens unterhalb und hinter all den Erscheinungen fortbestand, die der Pat. psychologisch und klinisch darbieten konnte, müssen wir aus den klinischen Tatsachen wohl ebenso folgern wie aus der Feststellung, daß der Pat. trotz der mehrfachen temporären Befreiung von Wahnvorstellungen und Affektveränderungen letztlich eben doch schizophren geblieben ist. Eine Begegnung unserer Behandlung mit dem „frischen Prozeßnachstadium" *Mauz*, auf dessen Wichtigkeit wir noch zurückkommen werden, dürfte in diesem Falle nicht stattgefunden haben.

Dessen ungeachtet ließ sich insoweit ein therapeutischer Erfolg erzielen, als sich das schwer Depressive des Aufnahmebefundes in verhältnismäßig kurzer Zeit abklärte und neben dem „Residualwahn" (halbe Krankheitseinsicht und gleichgültiges Stimmenhören) anscheinend nur noch ein leichter Defektzustand zurückblieb. Die Therapie hat u. E. den Verlauf beschleunigt und den Abbau der den Primärcharakter „demaskierenden" *Mayer-Groß* (36) Psychoplastik wohl weiter getrieben, als er sonst erfolgt sein dürfte.

Ein ähnlicher Verlauf, wenn auch freilich mit einem wesentlich weniger günstigen Endergebnis, sei im folgenden dargestellt:

Fall 2: Henry H., 23 Jahre, Maurer. Mit Schizophrenie erblich nicht nachw. belastet. Der Vater, 61 J., Hafenarbeiter, die Mutter, 62 J., und die Brüder Willy, 31 J., Bauarbeiter und Walter, 21 J., Klempner, sind gesund.

Die eigene Anamnese unseres Pat. läßt die Entwicklung „eines vorbildlichen Kindes" erkennen. Er ist nie krank, immer fleißig, immer ein guter Schüler, sehr guter Sportler, von den Spielkameraden gesuchter Führer, in der Maurerlehre sehr strebsam, während seiner freiwilligen Arbeitsdienstzeit ein gerechter Truppführer gewesen. Mit 21 Jahren ist er auf die Wanderschaft gegangen, „weil er den erwerbslosen älteren Arbeitskameraden keine Arbeit wegnehmen wollte". Er ist dabei nur gewandert, um von einer Arbeitsstelle auf die andere zu kommen, und nie länger als 1 bis 2 Wochen unterwegs gewesen. Die meiste Zeit sei er mit einem Jugendfreund gegangen, mit „ausgepichten Kunden" habe er wohl Bekanntschaft, aber nie Gemeinschaft geschlossen.

Nach seiner Rückkehr im Mai 37 fiel den Angehörigen auf, daß er weniger freundlich, ruhig und zuverlässig war und sich „schlecht wieder einleben konnte". Er konnte nachts häufig nicht schlafen, wurde dann unruhig und stierte wortlos vor sich hin. Schließlich äußerte er gegen Eltern und Arbeitskollegen verschiedentlich Mißtrauen, sagte, daß etwas gegen ihn vorliegen müsse, daß die Leute unfreundlich seien und ihn auf komische Art beobachteten, weshalb er zur Polizei ging, um „eine Untersuchung gegen sich zu beantragen". Er hat danach ungefähr 8 Tage schlecht und recht seine Arbeit getan, äußerte dann, daß man ihn vergiften wolle, arbeitete und schlief jetzt überhaupt nicht mehr, so daß er am 26. 6. wegen Verdachts auf Psychose über das Universitätskrankenhaus Eppendorf zu uns eingewiesen wurde.

Hier bot er das Bild einer Hebephrenie, deren im Vordergrund stehende Symptome des Kontakt- und Affektverlustes, das Launenhaft-Läppische und Auflehnende sowie die Inhaltslosigkeit und Unproduktivität im Sinne pathoplastischer Momente, außerordentlich deutlich waren. Dabei wies er eine deutlich athletische Körperform auf, war intern und neurologisch völlig o. B., ebenso waren es bis auf den Schlaf alle vegetativen Mechanismen.

Bei den mehrfach vorgenommenen Explorationen gab Pat. zunächst an, daß er nicht mehr so wie früher arbeiten könne, es werde ihm gelegentlich, schwindlig, so daß er ständig auf sich achthaben müsse. Später fügte er hinzu, daß die Menschen anders geworden seien, es „wurstele" jeder für sich, sie seien „feindselig und kalt". Essen und Bier hätten in der letzten Zeit einen unangenehmen Geruch an sich gehabt, so daß er denken müsse, man wolle ihn vergiften. Er habe mehrfach seine Mutter gefragt, weshalb sie dies tun wolle, aber nie eine Antwort erhalten. Oft habe er auch Stimmen gehört, die er aber nicht deutlich verstanden habe. Es sei ihm gewesen, als ob die Leute über ihn redeten und etwas gegen ihn vorliege. Die Stimmen sagten auch immer, was er gerade tun wolle, manchmal werde er auch durch sie in seinen Handlungen beeinflußt. Es sei ihm aber nicht klar geworden, was man eigentlich von ihm wollte. Es sei nur so ein großes Durcheinander gewesen und er habe sich gar nicht mehr helfen können.

Davon sei ihm ganz brummig geworden, so daß die Gedanken nicht mehr in Ordnung waren. Er müsse auch über ganz fremde Dinge nachdenken, glaube, daß ihm das eingegeben werde, denn die Gedanken gingen so schnell und stürzend, daß er gar nicht nachkomme. Er müsse über die grausamsten und auch über gute Dinge nachdenken, was alles geschehen könne, und werde davon sehr gequält. „Was ich alles durchdenken muß, das ist schon unmenschlich". „Gutes und Böses. Die Idee des Führers. Das spiegelt sich immer wieder. Das Gute und das Böse. Die stehen sich immer gegenüber, und

dazwischen gibts keine Verbindung. Ich habe mich endgültig für das Gute entschlossen."

Schließlich verlangte Pat., der während der Unterhaltung zwar in gutem Rapport, aber völlig aufgehobenem Kontakt stand und ein läppisch-launenhaftes, aufbrausendes Verhalten zeigte, daß er „sofort entlassen" werde, „da er keineswegs krank sei".

Pat. wurde am 30. 6. in die Insulintherapie genommen, ohne während der vorbereitenden Phase irgendeine Änderung seines psychischen Verhaltens zu zeigen. Er war deutlich ablehnend und mutistisch, äußerte gelegentlich, wenn er überhaupt zum Sprechen zu bringen war, daß er „gar nicht krank sei" und die Behandlung deshalb „Blödsinn" sei, und stellte schließlich am 6. 7. erstmals die Frage, „ob die Ärzte hier gesunde Menschen krank machen könnten." Am 7. 7. bei 125 E. I. erster Schock. H. ließ aber auch danach keine wesentliche Auflockerung und Änderung seines Verhaltens erkennen. Seine ablehnende Haltung nahm vielmehr in den nächsten Tagen zu, er versuchte mehrfach, sich der Insulininjektion zu entziehen, wehrte sich gegen das Blutdruckmessen und Pulszählen, blickte gespannt und beobachtend auf die Umgebung und ließ innerhalb des Schocks eine immer stärker werdende psychomotorische Unruhe erkennen. Pat. kratzte während dieser Phase ständig in seinem Gesicht und an den Augen herum.

Sein Verhalten hatte sich bis 30. 7. innerhalb und außerhalb der Insulintherapie in keiner Weise geändert, die auflockernde Wirkung machte sich zwar jeweils in einer größeren Aktivität bemerkbar, die aber immer nur seine Ablehnung verstärkten und ihn in die Nähe raptusartiger Explosionen führte.

Bei 115 E. I. haben wir am 30. 7. den Verlauf wie folgt zusammengefaßt:

Pat. ist gegen die Fortsetzung der Therapie sehr ablehnend. Er läßt sich die Injektionen nur sehr widerwillig und nach Persuasionen geben, äußert dabei, daß er doch völlig gesund sei, überhaupt nicht wisse, weshalb er hier festgehalten werde, und drängt unaufhörlich aus dem Bett. Schließlich steht er, etwa 1 Stunde post inj., auf und sagt: „Ich muß doch mal wieder raus. Ich brauche ein Mädchen — ich will ein Kind machen." Er ist jetzt nur noch mit großer Mühe im Bett zu halten. Schließlich versinkt er, etwa 2 Stunden post inj., in eine zunehmende Benommenheit und verfällt unter starker Salivation und mehrfachen Schweißausbrüchen in einen unruhigen Schock. Nach der Unterbrechung ist er während weniger Minuten etwas gelockert, scheint zugänglicher und freundlicher, gibt konventionell die Hand, fällt dann aber bald in die alte Haltung zurück, wird ablehnend und gespannt, will sich unter keinen Umständen anziehen oder sein Bett bauen, ist widerspenstig und widersetzlich, schimpft unaufhörlich vor sich hin, „daß man ihn hier verrückt machen wolle", und gibt an, daß er dies „von seinem Gewissen gesagt bekomme".

Die Erfolglosigkeit der therapeutischen Bemühung blieb bis zum 6. 8. erhalten, an welchem Tage nach einem 45 Sek. dauernden epileptischen Anfall mit Einnässen und Zungenbiß eine nahezu schlagartige Änderung des Verhaltens in und außerhalb der Hgl. beobachtet wurde. Die Hgl. am 6. 8. selbst wurde nach Ablauf des Anfalls durch i. v. Traubenzuckergabe unterbrochen, die eine fast momentane Restitution seines Bewußtseins hervorrief. H. war dabei sofort sehr gut kontaktfäig, obwohl der Rapport noch deutlich verlangsamt war. Gerade durch diese Umkehr des bisherigen Zustandes, in dem man mit Pat. sich jederzeit flott und ungehindert — allerdings oberflächlich konventionell — unterhalten konnte, ohne dabei je einen wie immer gearteten Gefühlskontakt herstellen zu können, wurde die Wirkung dieses epileptischen Anfalls besonders deutlich. Am Nachmittag des 6. 8. machten wir im Protokoll folgende Notiz:

H. zeigt im ganzen das Verhalten wie sonst, er ist möglicherweise eine Kleinigkeit weniger ablehnend, weniger läppisch und weniger gereizt, er geht heute jedem längeren Gespräch aus dem Wege und hält sich mehr als bisher zu den anderen.

Da sich in den nächsten Tagen eine sehr starke Wandlung in der Form seines „Wachwerdens“ erkennen ließ, haben wir am 11. 8. ein genaues Stenegromm darüber gefertigt, das wir in seinen wichtigsten Teilen hier anführen wollen, um so mehr, als es einen starken Kontrast zu den später anzuführenden Beobachtungen bildet.

11. 8. Verlauf der Hgl. zunächst ohne wesentliche Änderung. H. ist im ganzen etwas weniger ablehnend, er fügt sich der Injektion und den Erfordernissen des Stationsbetriebes wesentlich besser als vor 8 Tagen. Er schläft auch heute — wie meist — kurz nach der Injektion wieder ein, ist bis etwa 2 Stunden post injekt. immer erweckbar, dann allerdings unfreundlich und gereizt. Innerhalb des Schocks selbst und während der Unterbrechung mehrfach starke „Anfälle“ psychomotorischer Unruhe, die immer an Abwehr und Kampf denken lassen und denselben Charakter zeigen, den die abwehrende und „flüchtende Reaktion auf die Einführung der Nasensonde aufweist.

9^{10} Unterbrechung.

9^{12} Pat. wälzt sich, zieht die Beine an, brummt, krümmt sich seitlich zusammen.

9^{15} Liegt bequem auf den Rücken, öffnet auf Anruf die Augen, lächelt, versinkt wieder.

9^{18} Wälzt sich noch immer, singt laut, aber unverständlich vor sich hin, zeigt ein pausbäckiges Lächeln, sieht „richtig satt“ aus.

9^{19} Tätschelt die Bettdecke, lächelt dabei still vor sich hin, greift nach Halt suchend um sich, erfaßt den Arm des Beobachters, zieht ihn an sein Gesicht, führt ihn streichelnd darüber hin, wendet sich dem Beob. freundlich lächelnd, aber mit nicht ganz erhelltem Bewußtsein voll zu.

9^{22} Der Arm des Beob. wird ihm entzogen — über sein Gesicht zieht eine

Wolke des Unmuts, dann rekelt er sich, hält seinen Arm vor die Augen, blinzelt schalkhaft daran vorbei.

9[25] Singt, ruft mit frischer, enthemmter Stimme: „A toi — A toi!", lacht dann hell auf, rollt sich von einer Seite zur anderen, rekelt sich, als ob er in der Sonne läge, ruft schallend und in bestimmten Rhythmus wiederholend mehrfach: „Haho he!", murmelt skandierend vor sich hin, sagt

9[28] mit völliger Zuwendung: „Jawohl! Jaha!", rülpst, lacht darauf, sagt kokett blinzelnd: „Schad 't ja nix", wünscht

9[30] „Guten Morgen, Herr Doktor". (Wie gehts?) „O danke, gut, muß ja sagen, muß ja, muß ja" usw. (dabei im Ausdruck gelöst, nicht gequält, sehr frei). (?) „Leben — bejahend — alles gut —" (Wird jetzt von einem ernsteren Ausdruck beherrscht, runzelt die Stirn, kneift die Augen zusammen, wiederholt mit gepreßter Stimme:) „Muß ja, muß ja." (Wie alt?) „23 Jahre — so jung, Doktor — fängt ja erst an — will ja noch schaffen — muß ja —" (ernster) will noch viel schaffen, Doktor —".

Er erzählt dann, wieso und weshalb er hier in die Klinik kam — meint, daß er vielleicht schon krank gewesen sei — „im Herz oder so aber nicht — vielleicht in den Nerven" fügt dann hinzu: „Ist jetzt aber vorbei — fühle mich jetzt völlig gesund!"

Er bleibt dann während einer längeren Unterhaltung völlig gelockert, ist zugänglich, affektreich, gut moduliert, bleibt immer in freundlichem, etwas heiter-euphorischem Kontakt.

Steht gegen 10 Uhr spontan auf, wäscht sich, richtet sein Bett, nimmt am gemeinsamen Frühstück teil und unterhält sich.

Am Nachmittag geht er die meiste Zeit im Garten umher, unterhält sich, will, sobald er angesprochen wird, freundlich und zuvorkommend sein, sein Lächeln ist aber kühler, der Affekt langsamer und oberflächlicher als morgens. Einem Gespräch über seinen hiesigen Aufenthalt weicht er aus.

In den nächsten Tagen ist zwar eine immer weiter gehende Besserung erkennbar, die Auflockerung dehnte sich allmählich, wenn auch immer noch abgeschwächt, über den ganzen Tag aus —, doch schien sie, die wir der Wirkung des epileptischen Anfalls zuschreiben möchten, schon vom 13. 8. aber wieder zurückzugehen. An diesem Tage und von da an steigend ließ H. nämlich nach der Unterbrechung eine gewisse Nachdenklichkeit erkennen, so daß schließlich der Unterschied zwischen der Zugänglichkeit des Vormittags und der des Nachmittags nahezu verwischt war. Er ließ jetzt auch erkennen, daß er sich viel mit seinen psychotischen Erlebnissen beschäftigte und nach einer Erklärung suchte. Der Pat. meinte jetzt (am 13. 8.), daß er gar nicht krank gewesen sei, der Vertrauensarzt habe ihn bloß zu einer Untersuchung eingewiesen, weil er sich seine Kopfschmerzen nicht erklären konnte. Da habe man ihn mit Gewalt zurückgehalten und er „finde es ganz natürlich, daß er sich da gewehrt und gemeint habe, man wolle irgend etwas gegen ihn unternehmen". Daß er gemeint habe, die Leute hätten sich geändert, habe wohl auch an den Kopfschmerzen gelegen. „Manche seien vielleicht anders gewesen, weil er selber nicht mehr so

frisch war". Er kam im übrigen jetzt sehr gern zu einer Besprechung, erzählte dann flott vor sich hin, ließ ein großes Vertrauen in die ursprünglich abgelehnte Behandlung erkennen. „Ich muß ja wohl etwas gehabt haben — glaube aber, daß es durch die Kur mit dem Insulin jetzt wieder gut wird — es ist ja schon sehr vieles besser geworden".

Während dieser Zeit hatte sich der Pat. völlig in den Stationsbetrieb eingeordnet, war fleißig bei der Arbeitskolonne, im Verkehr mit den übrigen Patienten gelockert, „gerecht" und sich verantwortlich fühlend. Am 17. 8. war zu erkennen, daß H. sich um den Einbau seiner Erkrankung in die Lebensgeschichte bemühte:

„Es komme ihm jetzt alles ganz zwangsläufig vor. Es mache jeder mal eine Dummheit. Eine sei aber genug. Das sei eben die Praxis des Lebens. Es komme bloß darauf an, ob man daraus lerne. Er werde jedenfalls künftig nicht mehr so empfindlich wie früher sein.

Pat. hatte so bis zum 19. 8 einen allmählichen Ausgleich zwischen der starken Auflockerung seines Affekt- und Trieblebens innerhalb und kurz nach der Hgl. und seinem Verhalten am Nachmittag gefunden. Wir überlegten bereits, ob die Therapie nicht abgesetzt werden könnte, als ihn eine schubartige Verschlechterung am 20. 8. um Wochen zurückwarf.

Pat. wurde am 20. 8. rechtzeitig unterbrochen, mußte dann sich selbst überlassen werden, da das verzögerte Erwachen eines anderen Patienten dessen intravenöse Unterbrechung verlangte. Da dieser außerordentlich unruhig war und ständig um sich schlug, mußte er von mehreren Pflegern gehalten werden. Plötzlich sprang H. aus dem Bett, stürzte sich auf einen der Pfleger und versuchte, diesen niederzuschlagen. — Er war nur äußerst schwer wieder ruhig zu stellen, lief vor sich hin schimpfend mit zornvollem Gesicht im Insulinsaal herum, vernachlässigte sich und war nur mühevoll zur Zuwendung zu bringen. — Immerhin besserte sich sein Zustand im Laufe der nächsten Stunden so weit, daß er sich gegen Mittag spontan entschuldigte und angab, „er sei schon früher sehr mitleidig und empfindlich gewesen, er habe geglaubt, daß dem Patienten N. ein Unrecht und Weh zugefügt werde".

Wir hofften H. durch besonders intensive Psychotherapie vor dem erneuten Versinken im Negativismus bewahren zu können, mußten uns aber davon überzeugen, daß wir es entweder mit einer Wandlung unseres therapeutischen Eingreifens ins Negative oder mit einem Wiederaufflammen des Grundprozesses selbst zu tun hatten. Das erstere würde dabei dem Mechanismus der Übertragungsumkehr entsprechen, wie er von *Müller* (14) besonders betont worden ist; die letztere Annahme ist aber insofern als wahrscheinlicher zu betrachten, als durch die Verschlechterung nicht nur das Verhalten des Pat. außerhalb der

Hgl., sondern auch in der Hgl. selbst tiefgehend verändert wurde und er gleichzeitig alle bisherigen Ansätze einer Verarbeitung seines Grundprozesses künftig nicht mehr erkennen ließ. Die schon weitgehend hergestellte Krankheitseinsicht ging wieder vollständig und bezeichnenderweise schlagartig verloren, sein Umgang mit den Mitpatienten wurde gleichgültig, er war jetzt fast nur noch mit Patienten zusammen, die ergebnislos aus der Therapie herausgenommen worden waren und baldmöglichst nach einer Heilanstalt verlegt werden sollten.

23. 8. Schock wie bisher.

9²⁰ Unterbrechung.

9²⁵ Öffnet die Augen, desinteressiert, gleichgültig, wendet sich gleich wieder ab, dreht sich zur Wand.

9³⁴ Legt sich bequem, löst zugerufene Rechenaufgaben wie 98+48 glatt, nimmt aber vom Beob. keinerlei Notiz.

9⁴⁰ Hat sich noch nicht zum Grüßen aufschwingen können, obwohl er mehrfach angesprochen und ihm die Hand geboten wurde.

9⁴⁵ Zeigt jetzt endlich Aktivität. Beschwert sich über das Streckbrett: „Wozu ist denn das da? Ich bin doch nicht blöde!" Ist dabei ausgesprochen mürrisch, steht aber

9⁴⁸ spontan auf, läuft gleichgültig, unbeschäftigt im Saal herum, redet Patienten an, die noch im Bett liegen, sagt etwa: „Mach ,daß du raus kommst — hier muß sauber gemacht werden." Wirkt dabei ausgesprochen gleichgültig, erhaben, tut so, als ob er das alles gar nicht nötig hätte.

10⁰⁰ Wäscht sich erst jetzt — bleibt zwischendurch immer wieder nachdenklich, regungslos stehen, muß mehrfach ermahnt werden.

Nachmittags:

H. steht jetzt die meiste Zeit beschäftigungslos und beziehungslos auf der Abteilung herum — hat die Hände in der Tasche, bohrt in der Nase oder döst vor sich hin. Gefragt, weshalb er nicht mit der Kolonne sei, gibt er mürrisch und läppisch die Antwort: „Warum denn? Hab ich nicht nötig. Geht mir doch gut".

So bot H. keinerlei Ansatzpunkte mehr. Man stand seiner affektiven Demontierung (*Müller*) unmittelbar gegenüber. Die ablehnende und negativistische Haltung kam, was für die Wirkung des einzelnen Insulinstoßes wichtig erscheint, dabei in den nächsten Tagen zunächst, ebenso wie es zuvor mit der Besserung der Fall war, viel deutlicher innerhalb und kurz nach der Hgl. zum Ausdruck.

H. war am 25. 8. nach der Unterbrechung völlig abweisend, wendete sich von allem ab, machte mit Händen und Füßen wegwerfende Ausdrucksbewegungen, streckte die Zunge heraus, sprang aus dem Bett, brüllte „Ich schlag euch kaputt!", war nur schwer zu beruhigen, mußte danach zu allem angehalten werden.

Am 26. 8. zeigt er das gleiche Bild am Abend, so daß er vom Insulinsaal nach dem Wachsaal verlegt werden muß. Die Therapie wird aber nicht unterbrochen, obwohl er am 27. 8. Ablehnung und Negativismus in schärfster Art

und Weise zum Ausdruck bringt, er springt auch da aus dem Bett, ruft: „Dem knall ich eine!“, läuft aufgeregt mit geballten Fäusten von Bett zu Bett und bedroht auch Patienten. (Es erscheint uns wichtig, darauf hinzuweisen, daß er die geballten Fäuste und den ablehnend-mürrischen Ausdruck auch im Schock produzierte!) Er muß am 28. 8. schließlich auf die Unruhigenabteilung verlegt werden, da er sich im Wachsaal auf den Fußboden wirft, ständig den Pfleger anspringt, mit dem gegen die Tür rennt und jeden bedroht, der ihn zu besänftigen wagt.

Auf der Unruhigenabteilung wird die Therapie unverändert, allerdings mit etwas geringeren Dosen fortgesetzt, die Reaktion des Pat. entspricht im ganzen der, die er zu Beginn der Therapie überhaupt gezeigt hat. Er ist aber stärker als damals erregt, „inaktiv“, unzugänglich und abgeschlossen, die meiste Zeit liegt er bewegungslos im Bett, so daß mehrfach der Eindruck eines sich ausbildenden Stupors entsteht, doch geht gleichzeitig mit dieser Entwicklung eine Beruhigung des Pat. in der Weise einher, daß er stärker als jemals zuvor „defekt“ und „abgebaut“ wirkt, sich an nichts interessiert zeigt und in und außerhalb der Hgl. immer das gleiche Verhalten produziert, er ist schließlich am 8. 9. so weit beruhigt, daß er wieder auf den Insulinsaal genommen werden konnte.

Er ließ in den nächsten Tagen einige grundsätzliche Einblicke in die Erlebnisweisen eines akuten Schubes tun, wobei wir seine Auskünfte freilich immer kurz nach der Unterbrechung der Hgl. erhielten, da er am Nachmittag nicht zu einem Gespräch zu bewegen war.

Am 8. 9. gibt er an, daß es ihm jetzt wieder besser gehe, vorige Woche habe er gar nicht mehr gewußt, was eigentlich los sei, er habe sich manchmal gar nicht mehr bewegen können, habe oft aufstehen wollen, doch hätten die Glieder ihm den Dienst versagt. Ein paar Tage sei es auch mit dem Reden so gewesen. — Er meint auch, daß er da andere Spritzen bekommen habe, die so sehr gebrannt hätten.

Am 9. 9. gibt er an, daß er nach der Unterbrechung der Hgl. so verstimmt sei, weil da immer „etwas Ungesundes gewesen sei“, gegen das er sich zur Wehr setzen müsse. Er wisse nicht, wo es herkomme. Fühle aber, daß es von außen komme. Er könne ja nicht wissen, was man im Schock mit ihm gemacht habe. Denn daß er sich hinterher so verwirrt und unzufrieden gefühlt habe, müsse die Kur gemacht haben, weshalb er erwartet, daß damit bald aufgehört werde.

Am 10. 9. gibt er an, daß er sich morgens immer mit so viel herumschlagen müsse. Es fielen ihm tausenderlei Sachen ein, mit denen er sich zwar früher vielleicht mal beschäftigt habe, die ihm jetzt aber ganz gleichgültig seien. Gegen Mittag gehe das dann weg. Dann werde er viel geschlossener und gesunder und sei zufrieden mit sich. Es seien so Sachen wie die Kirchenfrage. Dann müsse er denken, daß er heiraten wolle, daß er ein Kind machen müsse, er müsse sich sein ganzes Leben überlegen, was er mal ausgefressen habe und solche Dinge mehr. Gut oder schlecht. Und wenn es auch manches gebe, was dazwischen liege, so müßte dies eben dann mehr oder weniger schlecht sein. Das müsse er immer alles in seinem Kopfe herumwenden.

Eine Parallele zum Fall Ludw. R. wird hier deutlich, dieser Pat. hatte in den letzten Wochen die Therapie als durchaus unangenehm

und qualvoll empfunden, auch er hatte sich am Nachmittag besser als morgens gefühlt, obwohl objektiv, sofern man von der Zentralstellung der Affektivität und des Kontaktes ausgeht, gerade das Gegenteil festzustellen war. Wir sehen bei H. aber auch, wie er jetzt die therapeutischen Bemühungen deutlicher noch in seine „Absättigungs- und Erklärungsversuche" hinein nimmt als im Anfang. Damals stellte er die Frage, ob die Ärzte gesunde Menschen krank machen wollten, jetzt wird die Behandlung für das „Durcheinander", das „Tausenderlei-Sachen-denken-müssen", das Gefühl „etwas Ungesundes in sich zu haben", schlechthin verantwortlich gemacht.

Wir müssen, hier darauf aufmerksam machen, daß das unterm 10. 9. notierte „um sich schlagen" auch im Verlauf der Einzelreaktion immer deutlicher wurde. Während die Hgl. vor akuten Verschlimmerung unseres Pat. immer weniger unruhig, immer gleichförmiger und immer weniger scharf abgesetzt vom übrigen Verhalten des Pat. erschien, war die Unterbrechung jetzt oftmals nur möglich, wenn er von 4 und mehr Pflegern gehalten wurde. Er brüllte innerhalb des Schocks, in den er oftmals sehr ruhig eingegangen war, mehrfach plötzlich auf, bäumte sich, krümmte sich zusammen, schlug um sich, fing jetzt auch wieder zu kratzen an. Wir haben mehrfach versucht, den Angaben *Sakel*s (28) folgend, die Unterbrechung im Zustand der Beruhigung durchzuführen, erlebten dann aber, was wieder an *Wiedeking*s (32) Beobachtung erinnert, daß Pat. sich in dem Augenblick aufbäumte, in dem die Sonde eingeführt wurde, so daß der Verlauf eben doch den anderen Tagen entsprach. Im Protokoll vom 14. 9. haben wir folgendes beschrieben:

Schock im ganzen ruhig. H. schlägt aber in wiederholten Attacken schwer um sich, bäumt sich auf, schreit, stöhnt, fährt mit ungenauen, fahrigen Bewegungen immer wieder nach den Augen, wischt, schlägt darüber hin — wirkt dabei außerordentlich gequält, zornig und wütend. Die Bewegungen nach den Augen steigern sich heute so, daß daß er sich das linke Unterlid blutig reißt. Das Gesicht ist dabei in höchster Anstrengung verkrampft, wirkt verbissen. — Die einzelne Attacke dauert etwa 2—3 Minuten. — Gegen Ende der Schockstunden klingen sie ab.

An den Nachmittagen haben wir das Verhalten des Pat., das sich trotz intensivster Bemühungen bis zum 26. 10. (80. Schock) in keiner Weise mehr geändert hat, mehrfach wie folgt formuliert.

17. 9. Am Nachmittag steht H. antriebs- und teilnahmslos bei der Arbeitskolonne herum — er „döst" vor sich hin und reagiert auf Ermunterung und Zuspruch mit ablehnendem Schimpfen, setzt sich langsam in Bewegung, bleibt nach wenigen Minuten wieder ärgerlich stehen, um zuzusehen. Er hat

keinerlei Kontakt, der Rapport ist jetzt wesentlich schlechter geworden, sein vor der akuten Verschlimmerung immerhin weitgespannter Interessenkreis völlig eingeengt und nicht zu durchbrechen. — Subjektiv gibt Pat. dabei an, daß seine Stimmung nicht schlecht sei, es sei gutes Wetter es gehe ihm gut. Daß er hier sei, ließe sich ja doch nicht ändern. Man möge ihn bald mit der „blödsinnigen“ Behandlung in Ruhe lassen.

In diesem Zustand blieb Pat. auch, als die Kur schließlich abgesetzt wurde. Versuche, ihn durch Cardiazolschocks zu beeinflussen, mußten aufgegeben werden, weil er gewalttätig wurde, anschließlich nach einigen Anfällen zwar eine kurz dauernde Auflockerung zeigte, dann aber um so gespannter, unruhiger und getriebener erschien. Es erübrigt sich, zu betonen, daß der Fall erfolgsstatistisch als verschlechtert geführt werden muß.

Nichts destoweniger sieht man freilich auch hier jene Mechanismen am Werke, die wir schon bei dem Fall Ludw. R. herauszuarbeiten versuchten. Es sind, hier vor allem im Beginn der Behandlung, einmal Mechanismen, wie sie von *Müller* u. a. als Selbstheilungstendenzen bezeichnet wurden. Sie beschränken sich hier auf den Abbau der geringen pathoplastischen Beimengen, waren bemüht, sie als Folge einer Krankheit, als eine „natürliche Reaktion“ und schließlich als Dummheit erträglich zu machen. In Andeutung sahen wir Übertragungsmechanismen, Versuche, den Autismus zu durchbrechen und wieder Kontakt zu finden. Im Anschluß an die insulinstoßbedingte Einzelreaktion verhielt sich der affektive Kontakt häufig umgekehrt zum intellektuellen Rapport. Auch H. pendelte sich schließlich wie R. in einem neuen „Vitaloptimum“ aus, in dem die Exploration keinerlei pathoplastische Elemente mehr nachweisen konnte, dessen Störung durch unser therapeutischen Eingreifen vom Pat. aber als „unangenehm, quälend und sinnlos“ erlebt und bezeichnet wurde. Die von vornherein andersgeartete, sthenischere Struktur des Pat. H. hat dabei die Wirkung unseres Insulinstoßes schon vor Beendigung der Therapie weitgehend paralysiert, die Schwankung im Verhalten in und außerhalb der Hgl. verlor sich, der bei R. sichtbare Prozeß der „Ausreifung“ fiel bei H. schließlich fort. Daß auch er in der Hgl. das „Alles-und-nichts-Denkens“ R.s angibt, das „Durchdenken-müssen-des-ganzen-Lebens“, zeigt, daß auch ihm eine große Menge psychischen Materials für eine irgendwie geartete Absättigung des Grundprozesses zuströmte. Schon und vielleicht gerade in diesem Fall wird uns aber wahrscheinlich, daß die heilende Wirkung der Insulinschocktherapie nicht in einer Beeinflussung des schizophrenen Grundprozesses bestehen kann, sondern daß sie wohl im wesentlichen als ein freilich ausgezeichnetes Instrument

zur Beseitigung der nicht mehr unbedingt als prozeßnotwendig zu betrachtenden Verlängerung der Psychose anzusehen sein wird, die über das *Mauz*sche Prozeßnachstadium hinausgeht.

So ist im folgenden Fall, der akut in die Behandlung kam und der schon sehr bald die pathoplastischen Momente einer Rationalisierung unterwarf, gleichzeitig unser Vorgehen aber paranoid einbaute, die plötzliche Kontakt- und Affektveränderung kaum anders erklärbar als durch die Annahme, daß wir mit unserer Behandlung in das Prozeßnachstadium selbst gekommen sind, dessen eindeutige Erkennung und Festsetzung freilich innerhalb des durch die Folgen der Einzelreaktion immer wieder veränderten und verwischten Gesamtverlaufen nicht eben leicht sein wird. Wir werden bemüht sein, den Gesamtverlauf zu schildern, und die von diesem Patienten in den Einzelreaktionen gebotenen Phänomene sprachlicher Natur a. a. O. gesondert besprechen.

Fall 3: Friedrich M., 37 Jahre, Fräser, wird wegen „nervöser Beschwerden" eingewiesen, da er zur Polizeiwache gelaufen war und angegeben hatte. sich verfolgt zu fühlen. Er ist bei der Aufnahme zeitlich und örtlich orientiert, gibt willig Auskunft und verlangt, in Schutz genommen zu werden, da „man hinter ihm her sei". Dabei ist Pat. schwer zu fixieren, ist ständig mit sich selber beschäftigt, ablehnend und kontaktlos.

Körperlich bietet er den Status asthenicus.

Eine familiäre Belastung hat sich nicht nachweisen lassen. Die Eltern sind als Gutsarbeiter bedienstet, mehrere Geschwister des Pat. sind heute ebenfalls als Tagelöhner beschäftigt.

Pat. selbst ist als Kind „imer zart und kränklich" gewesen, er hat sich „vom Dorf immer fortgesehnt" und hat sich nicht an den Spielen seiner Geschwister beteiligt. Er ist immer für sich allein gewesen und hat sich eine eigene Welt zusammengeträumt. — Nach der Schulentlassung wurde er als Laufbursche beschäftigt, 1918 zum Bautrupp der Kriegsmarine einberufen, welche Arbeit er 1919 fortsetzte, so daß er von da an bis heute immer auf Werften beschäftigt war, wo er es durch außerordentliche Bemühungen bis zum Fräser gebracht hat.

Psych. wird Pat. als still und verschlossen geschildert, er traute sich nie unter Menschen, hat „am liebsten einen Bogen um sie gemacht" und konnte sich nie recht behaupten. 1921 hat er geheiratet, „weil er sowieso bei der (um 7 Jahre älteren) Frau wohnte" und „sich mit ihr einmal eingelassen hatte". Die Ehe ist freilich, weil Pat. sich nicht durchsetzen konnte und die Frau ihn immer als „jungen Mann" behandelte, schließlich auseinandergegangen, nach dem Pat. mehrere Male weggelaufen war. Die zweite Ehe schloß Pat. 1933 und schildert diese als glücklich. Er ist froh, daß er eine bescheidene und anspruchlose Frau hat, mit der er es durch Fleiß und Strebsamkeit „zu etwas bringen könne".

Seit Mai 1937 fühlt er sich von den Arbeitskollegen verhöhnt und verspottet, sie haben ihn einen „Lohndrücker" und „Lumpen" geheißen, weil er mehr getan habe, als sie für richtig finden, „man habe ständig zusammengestanden". über ihn „getuschelt", ihn aber nichts merken lassen. Er sei schließlich ganz nervös geworden, habe nicht mehr schlafen und nur noch schwer arbeiten kön-

nen. Schließlich habe man ihn auch in seiner Wohnung bespitzelt. „Irgendwo“ mußte „man ein Mikrophon eingebaut“ haben, er habe lange danach gesucht, es aber nicht gefunden. Trotzdem sei er überzeugt, daß es da war, die Kollegen hätten ihn jeden Tag mit „Anspielungen“ empfangen. Zuletzt habe man auch seinen Geschlechtsverkehr überwacht, so daß er damit ganz aufhören mußte. Da es ihm schließlich „zuviel“ wurde, hat er die Arbeit gekündigt, ist nach Kiel gefahren, um sich dort neue Beschäftigung zu suchen, fühlte sich dort aber schon auf dem Bahnhof von einer Spitzelgruppe empfangen, merkte, daß man hinter ihm her sei, ihm etwas auswischen wollte, so daß er sich zu seinem Bruder retten wollte. Dessen Haus sah er „von Feinden umstellt“, floh und versteckte sich und war nur schwer wieder nach Hamburg zu bringen, da er angab, „die Luft sei so tot in seiner Wohnung, daß er nicht mehr atmen könne“.

In Hamburg versuchte er in die Alster zu springen, wurde von Passanten nach Hause gebracht und ging am nächsten Morgen zur Polizei, da er so „ängstlich und unruhig war, als ob er verfolgt sei“.

Wir haben den Pat., ohne daß sich zuvor sein Zustand geändert hatte, am 17. 8. in die Insulintherapie genommen. Er gab während der vorbereitenden Phase keine stärkere somatische Reaktion zu erkennen, ebensowenig eine Beeinflussung seiner psychischen Haltung, die eine Änderung lediglich in Richtung einer Dissimulation und Bagatellisierung erkennen ließ. Dabei wurde er jedoch im Affekt immer kälter, steifer und ablehnender, er zog sich immer mehr auf sich zurück und verlangte mehrfach entlassen zu werden, da nicht er, sondern sein Frau krank sei. Schließlich stellte sich innerhalb der Hgl. eine Zweifelsucht heraus, er wußte nicht mehr, ob er nicht vielleicht doch krank sei, fragte mehrmals, ob man ihn gesund machen könne, gab dann immer die zuvor von dem benachbart liegenden Patienten August F. geäußerten körperlichen Beschwerden als seine eigenen an und verlangte, daß diese beseitigt würden. „Wenn ich schon einmal hier festgehalten werde, will ich auch richtig behandelt sein“. Es machte den Eindruck, als ob Pat. bemüht wäre, für die Kur eine körperliche Rechtfertigung zu finden. Am 25. 8 bekam er bei 80 E. I. den ersten Schock und mußte, da er sich nach intrastomachaler Zuckerzufuhr nach 30 Minuten noch nicht wieder erholt hatte i. v. unterbrochen werden. Er kam aber auch dann nur völlig desorientiert zu sich, blickte sich sehr lange kritisch und prüfend um, sagte dann: „Jetzt kenn ich Sie wieder — Wo ist meine Frau? — ach, da ist ja der Oberpfleger — Die Sonne scheint — da ist es ja Mittwoch — da ist ja Besuchstag, da kommt meine Frau“. Er schreit — plötzlich laut auf. „Was haben Sie mit mir gemacht — das war wie ein Film — eigentlich schrecklich, aber auch wieder nicht — da standen die Ärzte um mich herum, als wenn es eine Operation geben sollte — was haben Sie bloß mit mir gemacht — ich sah mich doch da liegen — Warum wollen Sie mich umbringen — wozu solches Theater — Ach, da ist ja auch F., was war bloß mit mir, F.? — Mir ist, als wenn ich getobt hab — Hab ich getobt, Herr Doktor?“ Er steht dann auf, versteht alles, was ihm gesagt wird, falsch, schimpft vor sich hin, fühlt sich sehr schlecht und macht einen sehr gespannten und geladenen Eindruck, so daß er unter ständiger Bewachung bleiben muß.

Am Nachmittag schreit er bei jeder Begegnung mit Arzt oder Pfleger laut auf, sagt, daß er „entsetzliche Leibschmerzen“ habe, zeigt bei einer Untersuchung bald hier und bald dort hin, wird vorsichtigerweise zunächst aus der Therapie herausgenommen (Temp. axillar 37,5°).

An den nächsten Tagen ist er außerordentlich erregt, uneinsichtlich, sagt

ständig, daß er grundlos und widerrechtlich hier festgehalten werde, daß er sich beschweren werde, alle umbringen wolle, die dafür verantwortlich seien, er sei vor seiner Einlieferung gesund gewesen, jetzt wolle man ihn langsam umbringen, er mache das nicht mehr mit. Was er wegen des Mikrophons und so gesagt habe, sei eine Einbildung gewesen — er sei nervös gewesen, jetzt sei er krank. Er lehnt jede weitere Behandlung ab, die dessen ungeachtet am 30. 8. fortgesetzt wird, innerhalb der Hgl. äußerst unruhig, wühlt um sich läßt am 31. 8. eine ausgesprochene Ambivalenz erkennen.

Friedrich M. bietet eine Parallele zu unseren Fällen R. und H., bei denen die Behandlung zunächst auch eine „Aktivierung" des psychotischen Grundprozesses erkennen ließ, weil die darüberliegenden pathoplastischen Elemente abgebaut wurden. Bei M. kamen die asthenisch-ängstlichen Züge seiner prämorbiden Persönlichkeit dabei ebenso zum Ausbruch wie die bescheiden-nachgiebigen. Er wendete sich zu, sprang dann plötzlich vorwurfsvoll auf, schrie: „Das war Gift! Ich laß mich nicht umbringen!", war dann ebenso plötzlich wieder zugewandt und sagte etwa: „Sie wollen und müssen mich doch gesund machen, wenn Sie ein richtiger Doktor sind".

Er ließ aber nach wie vor keine Änderung seines Gesamtverhaltens erkennen, führte jetzt immer die Beschwerden an, die „durch die Kur entstanden sind", machte sie verantwortlich dafür, „daß er sich so komisch vorkomme — daß alles so durcheinander sei", sagte am 9. 9.: „Man soll mich doch in ein Zuchthaus bringen — wenn ich schon gestraft werden soll, soll man das über ein ordentliches Gericht machen".

Erstmals am 10. 9. war innerhalb der Hgl. ein Versuch der „Rationalisierung" erkennbar, indem M. angab, daß „seine Nervosität durch die Wohnung gekommen sei". Er sei wohl schon „nervös" gewesen, brauche aber keine Behandlung dagegen, sondern „bloß eine anständige Bude". Diese Einstellung ging aber im weiteren Verlauf der Hgl. wieder verloren, sie machte schließlich derselben Unruhe, Nachdenklichkeit und Gedankenfülle" Platz, die an den anderen Tagen das Charakteristikum des „Allesdurcheinander" abgab. Schließlich lehnte er auch die Kur wieder ab — macht sie zuletzt dafür verantwortlich, daß er krank sei.

Wir müssen diesen Tag und diesen ersten „Rationalisierungsversuch" innerhalb der Hgl. aber deshalb erwähnen, weil er von Tag zu Tag stärker darauf zurück kam und sich mit dieser Form der Erklärung schließlich begnügte.

Zunächst gab er nach wie vor an, daß „er sich selber nicht kenne, sich ganz fremd vorkomme, sich nicht zu helfen wisse" — ließ außerhalb der Hgl. noch keine Änderung seiner paranoid-hypo-

chondrischen Einstellung erkennen, bleibt kontaktlos und affektiv entleert.

Wie sehr aber die Therapie durch den täglichen Abbau der schizophrenen Lebenshaltung den Pat. auf den Grundprozeß und seine Forderung an die „funktionstüchtig gebliebenen Teile des Organismus" zur Auseinandersetzung im Sinne der Selbstheilung verweist, läßt der Verlauf eines Tages wie des 13. 9. erkennen.

M. ist bei der Inj. etwas weniger ablehnend, als bisher, sieht aber nach wie vor nicht ein, „was es für einen Nutzen haben soll". Er gleitet dann verhältnismäßig ruhig und ohne laute Auseinandersetzung in zunehmende Grade der Bewußtlosigkeit, liegt zuletzt mit kindlich-unpersönlichem Gesicht, in dem die dysplastischen Aufbaumomente besonders deutlich zum Vorschein kommen, bewegungslos da, zeigt auf Anruf ein ausgesprochenes Verlegenheitslächeln, blickt dabei mit eigenartig verschleierten starren Augen. Ist ab 8.40 nicht mehr ansprechbar.

Unterbrechung 9.40 glatt. Ansprechbar 9.50. Tastet Wände, Decke und Fenster mit den Augen ab, sagt: „Es ist doch hell — es ist doch Tag — Sehen Sie, die Sonne scheint ja, die Sonne — mir war doch so, ich weiß gar nicht — ich war gar nicht mehr ich —." Für die Zeit des Präkomas hat Pat. keine Erinnerung mehr. Er steht jetzt bei erschwertem Rapport in gutem Kontakt — wird schließlich nachdenklich und depressiv, gibt an, daß er nachdenken müsse, weil er noch immer nicht gesund sei — er müsse immer an seine Frau denken — er sei ruhig, wie ihm zumute sei, so — so — unklar. Seine psychotischen Erlebnisse sucht er abzustreiten und zu erklären: „Das hab ich mir doch bloß so gedacht — Das Mikrophon — es kann aber auch sein, daß die an der Tür gelauscht haben — die Wohnung ist doch so hellhörig — da hört man alles durch die Wände —" Er wendet sich plötzlich ab: „Herr Doktor, lassen Sie mich — ich bin ganz konfus —" Er steht dann nachdenklich auf, wird fester, persönlicher, wirkt am freiesten während des gemeinsamen Frühstücks.

Er ist gegen 13.00 wieder kontaktlos, eingefroren, gleichgültig und depressiv. Sagt, daß er nicht mehr krank sei, man solle ihn nach Hause lassen. Er sei hier ein ganz anderer Mensch geworden, sei jetzt gleichgültig, langweilig, könne gar nichts anfangen, stehe überall herum, ärgere sich selbst darüber. Er müsse sich über alles so viele Gedanken machen, was bloß durch die Kur gekommen sein könne.

Gegen 15 Uhr ist er wieder freier geworden, lockerer, hat jetzt besseren Kontakt, fragt spontan, wie lange die Behandlung wohl noch dauern werde, man solle sie ohne Pausen durchführen, er merke, daß es mit ihm schon besser werde. Er führt jetzt alles auf „die Wohnung" zurück, sagt, daß er mit seiner „Nervosität" „weit übers Ziel hinausgeschossen" sei, daß er es sich gar nicht mehr erklären könne.

Nach 17 Uhr wieder nachdenklich und isoliert — kaum noch Kontakt, zeigt keinerlei Neigung, ein Gespräch zu führen, nimmt alles hin.

Wenn, wie wir annehmen möchten, der Grundprozeß bei Pat. in den Tagen um den 20. 9 herum, an dem er von sich aus um Arbeit bat und Kontakt mit anderen Patienten aufnahm, zum Stillstand gekommen ist, so könnten wir die Tatsache, daß die bei R. und H. zwar in der gleichen Weise erkennbare, aber auf ganz kurze Zeit

in und nach der Hgl. zusammengezogene Auseinandersetzung zwischen Prozeß und Absättigung, hier über den ganzen Tag hin ausgedehnt war, als ein Merkmal dafür betrachten, daß der Grundprozeß bereits an Intensität verlor, seine Wirkung nur noch schwach war und jede tiefere Nachdenklichkeit des Pat., jeder ernsthaftere Versuch der „außerbewußten Mechanismen" (*Jaspers* (34), eine Erklärung für das „Anderssein" zu finden, ihn gleichsam ins Hintertreffen drängte. Daß der Grundrozeß aber trotz alledem noch gegenwärtig blieb, ist wohl daraus eindeutig, daß Pat. trotz aller Auflockerungen und Erklärungsversuche in diesen Tagen zuletzt eben doch wieder „defekt", autistisch und ablehnend wurde, sich zurückzog und diese Haltung jeden Morgen aufs neue beobachten ließ.

Wir konnten an den folgenden Tagen, obwohl Dosierung und Schockdauer wie -Tiefe gleichblieben, eine langsam zunehmende Beruhigung aller Erscheinungen in der Hgl. beobachten. Pat. kam nach der Unterbrechung schneller zu sich und gab am 18. an, daß er „sich viel besser fühle", „er sei viel mehr zusammen, nicht mehr so auseinanderstrebend", und lehnte jetzt die Therapie in keiner Phase der Tagesschwankungen mehr grundsätzlich ab. Wir möchten annehmen, daß jetzt das Stadium nach Abklingen des Grundprozesses eintrat.

Deutlich wurde die Wandlung am 20. 9., Pat. bat an diesem Tage um Anschluß an die Arbeitskolonne, wirkte affektiv bewegter, nahm Kontakt zu den Mitpatienten auf, wurde mehrfach in angeregter Unterhaltung betroffen. Er gab jetzt auch am Nachmittag an, daß er „nervenkrank" gewesen sei, führte die Erkrankung auf die „ungesunde Wohnung" zurück, meinte, daß er mit seiner Frau wegen eines Umzuges sprechen wolle, fühlte sich jetzt „langsam gesund werden".

Um so klarer kann aber auch in diesem Fall die weitere Wirkung der Hgl. herausgestellt werden, die dabei durchaus in gleicher Richtung liegt, wie sie bei den Fällen R. und H. beschrieben wurde.

M. gab innerhalb der Hgl. immer wieder an, daß ihm „alles durcheinandergehe, daß er sich nicht mehr zu helfen wisse, daß so viele Gedanken auf ihn einstürmten", erholte sich aber nach der Unterbrechung im weiteren Verlauf der Behandlung immer schneller und ließ auch erkennen, daß das „Gedankenanstürmen" innerhalb der Hgl. selbst allmählich geringer wurde, so daß er schließlich am 28. 9. nachmittags angab:

„Wenn ich jetzt wach werde, ist es wenigstens nicht mehr so durcheinander in mir. Das ist ja schrecklich gewesen.

Er hatte zu diesem Zeitpunkt seine Psychose in seine Lebensgeschichte übernommen, bezeichnete sie als eine Folge der bei ihm schon immer bestehenden „Nervenschwäche". Jetzt habe die „ungesunde Wohnung" ihn völlig kaputt gemacht, er müsse daraus unbedingt die Konsequenzen ziehen und künftig mehr für seine Gesundheit als für sein Fortkommen tun:

„Daß ich mir all so was wie mit dem Mikrophon und so habe einbilden können, da sind mir eben meine Nerven durchgegangen — die Kollegen haben ja wohl kaum etwas gegen mich gehabt, ich habe mich nie um sie gekümmert und niemanden etwas zuleide getan. Ich weiß ganz genau, daß ich mir das eingebildet habe, und wenn Sie mich nicht danach fragen, werde ich wohl kaum daran denken."

Die Therapie wurde am 1. 10. abgesetzt, Pat. nach einiger Zeit der weiteren Beobachtung als „Vollremission" entlassen. Er selbst meinte bei einer Nachuntersuchung, daß er sich wie „neugeboren, durchrepariert oder auf neu poliert" fühle.

Abschließend möchten wir nach dem Hinweis auf die auch in diesem Falle sichtbaren Wirkung der Selbstheilungsmechanismen vor allen darauf hinweisen, daß wie bei R. und H. diese Selbstheilungstendenzen zunächst einmal durchaus erfolglos schienen. Denn, obwohl es gelang, die paranoiden Ideen recht bald beiseitezudrängen, war der paranoide Mechanismus auch dann noch im Gange und bezog nun nicht nur das therapeutische Vorgehen, sondern auch den Klinikaufenthalt selbst in die Wahnbildung ein. Dabei war die durch die Hgl. gesetzte Auflockerung und Zuwendung zunächst nur während weniger Minuten wirksam — schließlich verteilte sich das beim Aufwachen bestehende „Durcheinander" der einmal aus dem Grundprozeß und anderseits aus den Selbstheilungsmechanismen stammenden Tendenzen über den Gesamtverlauf des Tages — wir nehmen an, daß der pathogenetische Prozeß zu dieser Zeit eine Abschwächung erfuhr — am 20. 9. erfolgte plötzlich, den Symptomen des frischen Prozeßnachstadiums bei *Mauz* (15) entsprechend, die Wiederherstellung der Affektivität und des Umweltkontaktes. Die bei R. und H. nach dem Abbau der pathoplastischen Momente erkennbare Wirkung der Hgl., die Auflockerung aller innerpsychischen Verstrebungen und Tendenzen, ist auch bei M. beobachtet worden. Er selbst hat sie in der letzten Zeit der Therapie mehrfach betont, doch fand sich, darin an die „Selbstbeobachtungen" erinnernd, die von *Wiedeking* (32) bekanntgegeben wurden, je länger je mehr nach der Unterbrechung sofort und ohne Umschweife in die Grundhaltung seiner Persönlichkeit zurück. Daß diese eine gewisse „Ausreifung", Festigung und

Rückgewinnung ihrer alten Sicherheit nach Abbruch der Therapie erkennen ließ, kann, wenn man die tägliche Hgl. als Auflockerung betrachtet, nicht überraschen. Denn die Hgl. ist letzten Endes selbst ein Grund dafür gewesen, daß der Pat unsicher und labil erschien.

Es wird freilich immer eine Frage bleiben, ob die Annahme, daß hier eine Begegnung der Therapie mit dem Prozeßnachstadium stattgefunden hat, der Wirklichkeit entspricht, da der Prozeß selbst dem diagnostischen Zugriff nur sehr schwer zugänglich ist. Wenn man aber die Gesamtverläufe vergleicht, drängt sich dieser Gesichtspunkt durchaus in den Vordergrund. Daß die Insulinschocktherapie bei frischen Fällen ihre besten Erfolge hat, würde dann eine Folge der Tatsachen sein, daß hier die Begegnung zwischen Prozeßnachstadium und Therapie um so leichter erfolgt, je länger eine zunächst aussichtslos erscheinende Behandlung durchgeführt wird. Ein Hinweis auf unsere Ansicht scheint auch die Beobachtung zu sein, die *v. Braunmühl* (37) auf dem Münsinger Kongreß betont hat. Wenn er dort nämlich sagte, daß man immer wieder Fälle sehe, „die Wochen, ja Monate nach Abschluß der in ihren Resultaten anfänglich ganz unbefriedigenden Behandlung leichte affektive Besserungen zeigen", und daß, wenn man „diese Kranken noch einmal heranholt, noch einmal behandelt, (man) zu seiner Freude gewahr wird, daß auch hier der Erfolg nicht ausbleibt," so möchten wir diese Beobachtung in dem Sinne verstehen, daß dann eben Wochen, ja Monate später der Grundprozeß von selbst abgeklungen ist, das Prozeßnachstadium eintrat und die Behandlung von Erfolg begleitet sein muß, solange die schizophrene „Defekt"persönlichkeit noch nicht unlösbar verschränkt und verfestigt ist.

Wenn aber, wie folgender Fall Werner L., der Erfolg der Therapie schon nach 5 Tagen eintritt und zwar vor Einsetzen eines Schocks wird der Grundprozeß u. U. schon vor Beginn der Therapie abgeklungen sein.

Fall 4: Werner L., 35 Jahre, Kutscher. Pat. wurde uns am 28. 8. 1937 vom Allgemeinen Krankenhaus St. Georg überwiesen, nachdem er dort am 25. 8. wegen „Nervenleidens" aufgenommen worden war. Bei der Aufnahme in unsere Klinik befand sich der Pat. in einem mittelschweren Stupor, hielt den Kopf angehoben, war kaum ansprechbar, gab so gut wie keine Antwort. Was er herausgab, wurde mit äußerst monotoner leiser und ängstlich-geheimnisvoller Stimme gesprochen. Der Ausdruck war ängstlich gespannt, die Mimik steif, teigig und fast aufgehoben.

Über die Familie des Pat. ist nur zu erfahren, daß eine Schwester der Mutter Suicid durch Ertränken beging und an „Schwermut" gelitten haben soll. Da die Eltern bald nach der Geburt des Pat. geschieden wurden, ist er bei den

Großeltern erzogen worden. Über die Kindheit des Pat. ist nur zu erfahren, daß er sich wenig für die Schule interessierte und „deshalb“ aus der dritten Klasse entlassen wurde. Er ist danach Kutscher geworden und hat diesen Beruf bis heute ohne Unterbrechung ausgeübt. Wegen Teilnahme an einem Bandendiebstahl (im Hafen) wurde er 1930 zu 14 Monaten Gefängnis verurteilt. 1933 hat er geheiratet. Die Ehe ist kinderlos und „gleichgültig“. Charakterlich wird Pat. als gutmütig und gesellig geschildert, er ist lebensfroh und freigebig gewesen, hat sich leicht an Zechgenossen angeschlossen, täglich „sein Bier“ getrunken und jeden Zahltag „seinen Rausch“ gehabt. Für Ereignisse allgemeiner Natur wie politische Geschehen hat er nie Interesse gehabt, obwohl sie im Rahmen seiner Psychose eine gewisse Bedeutung haben.

Anzeichen einer geistigen Erkrankung haben sich bei Pat. erstmalig 1933 bemerkbar gemacht. Er ist damals mißtrauisch und ängstlich gewesen, hörte in der Nähe seiner Wohnung irgendeine Schießerei, die objektiv nicht mehr nachweisbar ist, und verkaufte dann seine Stiefel, weil er meinte, daß sie einen Anlaß zu gefährlichen Verdächtigungen geben könnten. Er hat diesen Gedanken später beibehalten, obwohl sich die Ängstlichkeit und das Mißtrauen sehr bald verloren und Pat. in seiner Arbeit und seinem Milieu nie auffällig wurde.

Vor 4 Tagen ist nun eine plötzlicher Veränderung eingetreten, die Pat. etwa wie folgt schildert: „Während er sich sonst mit seinen Kollegen gut verstanden habe, seien die plötzlich verändert gewesen, hätten ihn in einer merkwürdigen Art mit „Heil Hitler“ begrüßt, hinter seinem Rücken allerlei seltsame Sachen getuschelt“, ihm aber „nichts ins Gesicht gesagt“, so daß er sich gesagt habe, daß „die wieder mit dem politischen Kram anfangen“ wollten. Es sei ihm klar gewesen, daß da „etwas dahinterstecke“, daß er deshalb keine Arbeit mehr bekäme, daß er „irgendeine Schuld auf sich geladen habe“. Später seien auch die übrigen Leute seltsam geworden, ein Radfahrer habe vor ihm ausgespien und im Vorbeifahren „den Hintern hochgehoben“, er habe nicht gewußt, was es bedeuten sollte, sich aber derart verfolgt gefühlt, daß er um polizeilichen Schutz eingekommen und ins Krankenhaus geschickt worden sei.

Darüber hinaus gibt er an, daß er „von da an“ nicht mehr schlafen konnte, er „mußte grübeln, was die Leute gegen ihn haben könnten“, fühlte sich überall unruhig, meinte, daß „sich alles nur noch um ihn drehe“, und empfand weder Hunger noch sonstige Bedürfnisse.

Bis auf den dreifach positiven WaR. im Blut und die im E. K. G. wahrscheinlichen Zeichen einer allgemeinen Myokardschwäche bot der 1,77 m große, kräftig athletisch gebaute Mann einen regelrechten Befund.

Das bei der Aufnahme kenntliche stuporöse-ängstlich-gespannte Verhalten des Pat. ging während der klinischen Untersuchung weitgehend zurück. Der Stupor verlor sich (2. 9.), Pat. wurde vorübergehend (5/6. 9.) ausgesprochen läppisch und stellte sich schließlich auf eine konventionelle Freundlichkeit ein, so daß wir am 10. 9. in der Krankengeschichte folgende Notiz finden:

Affektlahm, ausdrucksarme Mimik, schwunglos, gleichgültig. Gefühlsarm Kontaktunfähig. Schlechter Rapport. Debilitas. Die Intelligenzprüfung ergab ein Intelligenzalter von etwa 10—11 Jahren bei Überwiegen der praktischen Intelligenz.

Bei einer Nachexploration am 11. 9. hat er die jetzigen Erlebnisse mit denen von 1933 in Verbindung gebracht: „Er wäre damals bestimmt erschossen worden, wenn er die Stiefel nicht verkauft hätte, man sei ihm jetzt auf die Schliche gekommen und wolle es nachholen. Der Untermieter habe eine

„Kanone“ (Revolver) gehabt, mit der es gemacht werden solle“. Er ist dabei konventionell zugänglich, nicht mehr gespannt, nicht mehr ängstlich, hat aber keinen Kontakt und läßt nach wie vor eine steife, teigige und affektarme Mimik erkennen.

Übersieht man die Entwicklung der Psychose so ist die Tendenz zur Absättigung, zur unverarbeiteten Hereinnahme der Erlebnisse in die Lebensgeschichte unbedingt deutlich. Wir entschlossen uns am 13. 9. die Insulintherapie zu beginnen. Es ließ sich hierbei, wie aus der Verfolgung des Verlaufes einsichtig werden wird, gerade bei diesem Pat. ein schöner Blick in den Wirkungsmechanismus tun. Die Psychose wurde nämlich schon in den ersten Tagen der vorbereitenden Phase innerhalb der Hgl. wieder deutlich akut. Pat. gab schließlich am 25. 9. nach der Unterbrechung eine völlig gegenwärtige, bildhafte Darstellung, wie er verfolgt worden sei, war dabei völlig von der Realität seiner Erlebnisse überzeugt, sagte eine Stunde später, daß es „wohl doch nicht stimmen könne“, und 5 Stunden später, daß es „alles Quatsch“ sei und er „einen im Boden gehabt“ haben müsse. Außerhalb der Hgl. wurde er während der gleichen Zeit affektiv lockerer, suchte und fand bei Mitpatienten, Ärzten und Pflegern Kontakt. Er wurde schließlich bis 1. 10. behandelt, obwohl er schon früher vollkommen frei erschien.

Aus dem Beobachtungsprotokoll wollen wir folgende Stellen anführen:

13. 9. Innerhalb der Hgl. unverändert, gleichgültig und ausdruckslos.

14. 9. Beschwert sich darüber, daß er kein Frühstück bekam — will wissen, was der Blödsinn eigentlich soll, er wird lebhafter, dabei freilich gleichzeitig deutlich ablehnend. Verfällt nachmittags wieder in die schwunglose, gleichgültige Haltung und Affektarmut wie bisher.

15. 9. Droht heute, sich das nicht gefallen zu lassen, verlangt stürmisch nach Frühstück, weigert sich, auf Fragen nach seinen psychotischen Erlebnissen eine Antwort zu geben, sieht dabei ängstlich gespannt nach der Seite. — Am Nachmittag zeigt er die Haltung der Vortage. Er ist heute ausgesprochen mürrisch, lehnt jede Unterhaltung ab „solange der Blödsinn“ fortgesetzt werde.

16. 9. Spricht heute spontan von seinen Erlebnissen. Ist dabei bemüht, sie zu bagatellisieren: „Es ist ja nicht so schlimm“, „Ich kann mir doch selber helfen, wenn es drauf ankommt“, man brauche ihn deshalb doch nicht unruhig zu machen. — Einige Zeit später nachdenklich, fühlt sich bedroht, schimpft vor sich hin. — Nachmittags unverändert wie gestern.

17. 9. Morgens sehr starke Auflockerung — schimpft, droht, schlägt um sich. Drängt sehr nach dem Zuckerwasser, um wieder „normal“ zu werden. Sucht Kontakt zu den Mitpatienten. — Nachmittags ist noch keine wesentliche Änderung erkennbar. Er spricht kaum mit Patienten, ist gleichgültig, äußerlich geordnet. Geht auf Aufforderung zur Kolonne, ohne dort schon Arbeit zu leisten.

18. 9. Heute morgen wieder sehr starkes „Bedrohtsein" — doch versucht er, sich mit anderen Patienten zu unterhalten. Er will seiner Psychose gleichsam ausweichen — lehnt jede Frage danach mürrisch und ärgerlich ab, will nichts mehr „damit zu tun haben". Später gibt er an, daß er sich heute etwas wohler fühle, er wisse gar nicht, was mit ihm los gewesen sei. — Nachmittags wirkt er heute freier, ist beweglicher, sitzt viel bei den anderen herum, ohne sich an ihren Gesprächen zu beteiligen.

21. 9. Heute schon schon sehr bald unruhig geworden. Er schimpft auf die Kur. Sagt, daß er „davon ganz dämlich" werde — es gehe ihm alles durcheinander — es sei, als wenn er einen Rausch hätte. Kurze Zeit danach wird er zunehmend verwirrt, gereizt und scheint zu halluzinieren: Er schimpft unaufhörlich auf Arbeitskameraden, dabei ist ständig von einem Hund die Rede und daß er alle verprügeln wolle. Er kann sein Zuckerwasser schließlich doch noch selbst zu sich nehmen. Gibt dann an, daß er das Gefühl habe, von den Pflegern mit „Strom" bearbeitet zu sein — davon sei „das alles" gekommen. Eine halbe Stunde später kann er sich angeblich auf den Vormittag nicht mehr besinnen, läßt aber erkennen, daß er absperrt, weicht aus, fühlt sich bei jeder Anrede und Frage ertappt und unwohl. — Geht am Nachmittag viel mit anderen Patienten spazieren — ist häufig auch mit Alkoholikern zusammen, weicht aber jeden Versuch einer Unterhaltung aus, weil „es überflüssig wäre".

23. 9. Heute sehr bald unruhig — starke Auseinandersetzung mit „Gegnern". Schlägt um sich, schreit dabei: „Du kannst mich doch nicht kaputt machen, stehen wir eisern — eisern sage ich —". Ist dabei noch eben ansprechbar. Fällt dann im nächsten Augenblick in sich zusammen, wird weinerlich, ängstlich, sucht Hilfe und ruft oft nach seiner Mutter, ist jetzt sehr dankbar, wenn man ihm zuredet. Steht jetzt in gutem gefühlsmäßigen Kontakt, obwohl der Rapport fast aufgehoben ist. Erzählt nach der Unterbrechung von den „Lumpen", die immer „hinter ihm her gewesen sind". — Am Nachmittag fast niemals allein, immer bei den anderen. Bei der Exploration: „Daß war — das ist doch nicht mehr — darüber braucht man doch nicht mehr zu reden — Was gewesen ist, ist eben gewesen. Da mach ich mir keine Gedanken drum". Dabei ist ihm das Gespräch sichtlich unangenehm, er wird zunehmend unsicher, blickt zu Boden, erinnert an das Bild eines Prüflings.

25. 9. Wieder sehr starke Unruhe, schlägt um sich, zerreißt Hemd und Bettwäsche. Wird dann wieder weinerlich. Ist immer ansprechbar dabei. 9.30 Schock, ist nicht mehr ansprechbar, ruhig. — 10.30 Unterbrechung, danach sehr langsames Erwachen — er bekommt 11 Uhr 50 ccm 40% Traubenzucker i. v. Springt bald danach auf, will aus dem Bett, Ref. um den Hals fallen, klammert sich überall fest, spricht unaufhörlich, noch unverständlich vor sich hin, ist noch nicht ansprechbar. Wendet sich aber schließlich voll zu, erkennt „alles wieder", erzählt jetzt, wie es mit seinen Erlebnissen ist. Dabei ist die Darstellung frei, er gibt ohne jeden Vorbehalt alles heraus, schildert, als ob er es eben erst erlebt hätte. Dabei kommen viele Dinge zum Vorschein, die er bisher nie gesagt hat. Besonders deutlich wird das Stadium, in dem er sich selbst verändert fühlte, von dem er bisher noch nicht gesprochen hatte" Ich wollte allein sein — Mir war so, daß ich gar niemand sehen wollte — Hab mich über die Bekannten geärgert. Bin dann lange hin und her gelaufen", usw. Er ist jetzt von der Realität seiner Erlebnisse völlig überzeugt, sagt immer: „Ich hab es doch gemerkt, es ist doch so gewesen", läßt sich in seiner Überzeugung durch nichts beirren. — Pat. steht dann auf, wäscht sich, bringt sein Bett in Ordnung, geht zum Frühstück. Meint gegen 12 Uhr, daß das, was er morgens nach dem

Aufwachen erzählt habe, doch wohl nicht ganz stimmen könne. Er könne sich das eigentlich nicht denken. Er habe ja auch gar nichts gemacht, weshalb ihn die anderen verfolgen könnten. Vielleicht sei das alles bloß Einbildung, erlebt habe er es aber bestimmt so. — Um 15 Uhr sagt er, daß das alles Quatsch sei. Er habe sich das bestimmt bloß eingebildet. Habe wohl einen im Boden gehabt. Sei alles bloß Unsinn und Einbildung. — Dabei ist er jetzt affektiv frei, lockerer als in den letzten Tagen, durchaus seiner Art entsprechend.

26. 9. Verlauf im ganzen wie gestern, ebenso am 27. 9. Doch erzählt Pat. jetzt weniger, schimpft vielmehr auf die Kollegen, die hinter ihm her gewesen sind. Wenn man versucht, ihn davon abzubringen, antwortet er: „Sie glaubens wohl nicht? Ich kann Ihnen sagen, die sollen bloß kommen. Solange ich noch auf meinen gesunden Beinen stehe, soll mir bloß einer dumm kommen. Ich werde schon fertig mit ihm." — Er ist heute aber dann sehr bald von der Unrichtigkeit seiner Wahnerlebnisse überzeugt, sagt heute schon etwa 1/2 Stunde später: „Da muß ich wohl verrückt gewesen sein, ich kann mir das sonst gar nicht erklären". Ist am Nachmittag völlig frei, locker, ohne jede schizophrene Beeinträchtigung. — Er gibt heute auch eine Schilderung seiner Erlebnisse in der Hgl. an: „Nach der Injektion sei er sehr bald weggewesen — er habe sich gar nicht mehr in der Hand gehabt, habe gar nicht mehr gemerkt, was um ihn vorging. Dabei seien ihm alle möglichen Gedanken gekommen. Er sei richtig durcheinander gewesen. Bald dies, bald das. Er habe gar nicht mehr gewußt, was nun eigentlich das richtige sei. Er habe an seine Verfolger gedacht, daß die vielleicht gar keine gewesen seien. Genau könne er das aber nicht sagen. Er vergesse das immer, sobald er aufgestanden sei. Es sei ihm zumute, als wenn er einen Rausch gehabt hätte, er brauche immer erst einige Zeit, um sich wieder zurecht zu finden.

In der bis 1. 10. fortgesetzten Behandlung hat Pat. keine wesentlich neuen Wirkungen der Behandlung mehr erkennen lassen. Die psychotischen Erscheinungen der Auseinandersetzungen innerhalb und kurz nach der Hgl. flauten immer mehr ab, schließlich ist er völlig ruhig und geordnet auch in der Hgl. gewesen. Er wurde dabei immer sicherer und freier und sagte etwa am 30. 9.: „Ist doch nicht nötig, daß ich noch behandelt werde, der Vogel ist doch fortgeflogen". Er hat klaren Abstand, erklärt, daß er sich die Verfolgung „bloß eingebildet" habe, er habe „einen Dachschaden", einen „Vogel" gehabt, jetzt sei er wieder der alte und freue sich auf die Entlassung.

Wir glauben, daß das bisher über die Wirksamkeit der Insulinschocktherapie gesagte an diesem Fall sehr einsichtig ist. Es dürfte an Hand des Protokolls kein Zweifel daran sein, daß der Pat. auch ohne Behandlung früher oder später entlassungsfähig geworden wäre. Fraglich ist freilich, ob er dann in einen so guten affektiven Zustand gekommen wäre, wie er ihn bei der Entlassung tatsächlich zeigte. Denn obwohl er schon zu Beginn der Therapie bemüht war, die verschiedenen Schübe von 1933 und 1937 zusammenzufassen, den einen auf den anderen zurückführen und sich dabei zu beruhigen, so ist doch deutlich, daß er gerade affektiv trotz dieser Hereinnahme der Psychose in den Lebenslauf verändert geblieben wäre: Mißtrauen, Ängstlichkeit und mehr oder minder ausgeprägter Autismus wären als schizophrene Haltungen wahrscheinlich zu-

rückgeblieben. Die Wirkung der Insulinstöße aber, die wir in einer Auflockerung der innerpsychischen Verstrebungen und Verknüpfungen sehen, so daß die aufeinander eingespielten Triebintensitäten und die mühsam verdeckten (abgesättigten) schizophrene Bedrohungen wieder frei und aktiv werden können, führte schließlich dazu, die Verarbeitung der den vorher geäußerten Wahnbildungen zugrunde liegenden Affektstörungen in einer viel weniger die Gesamtheit der Person beeinträchtigenden Weise vor sich gehen zu lassen. Die psychotischen Trieb- und Vitalgefühltendenzen (*Kurt Schneider* (38) wurden isoliert, sie nahmen nicht mehr, wie dies zuvor war, große Teile der dem Patienten innewohnenden Affektivität mit sich, die Remission konnte in einer wesentlich besseren und vollständigeren Form erfolgen.

Im Fall Werner L. waren die psychotischen Erlebnisse zunächst verdrängt, traten dann innerhalb der Hgl. wieder ins Gesichtfeld, wurden zunächst ignoriert, setzten sich, je stärker die Hgl. wurde, schließlich durch, wurden zur „aktivierten Psychose" *Sakels* (28), und der Pat. mußte nach der Unterbrechung seine „aktuelle", Persönlichkeit immer erst zurückgewinnen. Dies vermochte er um so besser, je häufiger er es getan hatte, schließlich konnte die „aktuelle Persönlichkeit" (9) auch innerhalb der Hgl. weitgehend erhalten und das Wiederauftreten der in „Abstand" kommenden psychotischen Tendenzen völlig unterdrückt werden.

Wir wollen, um diesen Mechanismus in den verschiedensten Formen aufzuzeigen, hier einen Fall anschließen, der im Gesamtverlauf eine weitgehende Ähnlichkeit mit Werner L. hat. Doch ist hier die vortherapeutische Klärung, das Abklingen und der Beginn der Behandlung im Prozeßnachstadium noch deutlicher erkennbar, ebenso aber, wie die Reaktion innerhalb der Hgl. auf die auftauchende Bedrohung bei verschiedenen Charakteren unterschiedlich ist. Es entsteht dabei, worauf schon *v. Angyal* (39) aufmerksam machte, der Eindruck, daß man von einem nahezu auf das andere rückschließen könnte. Freilich muß die grundsätzliche Artgleichheit des schizophrenen Grundprozesses anerkannt werden.

Fall 5: Gerhard P., 26 Jahre, Kunstmaler. Pat. stammt aus einer Familie, in der außer nicht näher faßbaren, aber deutlich abartigen Charakteren unter den Brüdern der Mutter zwei Schizophrene sind, die mit 28 bzw. 27 Jahren in Heilanstalten aufgenommen wurden und seither 13 bzw. 5 Jahre dort sind,

Pat. selbst ist bisher nicht ernstlich krank gewesen. Er hat schon in der Volksschule große Neigung zum Zeichnen gehabt, ist später Schriftmaler und Anstreicher geworden und hat sich durch den Besuch einer gewerblichen Fortbildungsschule bis zum Schüler der Kunstakademie emporgearbeitet. Auf

der Akademie hat er mehrfach Auszeichnungen und Stipendien erhalten. Seit Okt. 35 lebt er in Hamburg, wo er aus Mitteln einer Privatstiftung gefördert wurde, gelegentlich für Zeitungen arbeitete und sich recht und schlecht durchschlagen mußte. Charaterlich ist die einseitige Begabung des Pat. von größter Wichtigkeit, es hat sich alles auf seine künstlerischen Neigungen hin orientiert, jeden nicht dazu geeigneten Umgang und Verkehr hat er gemieden. So ist er immer ein Einzelgänger, empfindlich, sensibel, etwas schwärmerisch und „innerlich" gewesen. Er konnte sich aber wo er „auf Verständnis" stieß, ungehindert an- und aufschließen, hat dann gute Freundschaft gehalten. Der gleiche Zug kommt auch in seinen Sexualbeziehungen zum Vorschein: er hat schon als Jüngling viel über die Liebe nachdenken müssen und sie immer als etwas Heiliges betrachtet. Das Schlimmste schien ihm, sich seinen Trieben zu überlassen, „weshalb er lange weiblichen Umgang gemieden und schließlich vegetarisch gelebt hat, um sich besser beherrschen zu können". Da er dem Leben gegenüber sehr anspruchslos und bescheiden war, ist der Drang nach oben" in ihm „nur wenig entwickelt" gewesen. Es genügte ihm, malen und ein Leben führen zu können, in dem er sich seine Welt gleichsam selbst schaffen konnte.

Auf einer Studienfahrt mit dem KdF.-Dampfer „Monte Olivia" fühlte sich Pat., wie er angibt, vom Augenblick der Abfahrt an zu einer intensiven Arbeit verpflichtet, sei er bald in einer gewissen Spannung gewesen, die sich bis zu einem Begeisterungstaumel gesteigert habe. Er habe gar nicht mehr schlafen können, hat sich gewundert, daß die anderen trotz des Maschinenlärms nicht gestört waren. Plötzlich hörte er, daß über „ihn gesprochen" wurde und ein Unbekannter sagte, daß er verrückt sei. Pat. hat sich immer unsicherer gefühlt, er hat keine rechte Konzentration mehr gefunden, ist in seiner Arbeit immer flüchtiger und „nervöser" geworden. Als er auf der Rückfahrt zu schlafen versuchte, habe er eine „fürchterliche Männerstimme" gehört, die während der ganzen Nacht gerufen habe „daß der ausländische Maler verrückt sei" und „in eine Irrenanstalt komme". Er ist immer ängstlicher geworden, hat bewegungslos und angestrengt lauschend in seiner Kabine gelegen, sei sich „völlig gelähmt" vorgekommen. Als er in Hamburg ankam, fühlte er, „daß es durch Rundfunk bekanntgemacht sei, merkte, daß er „nicht mehr reden, nicht mehr den Mund bewegen könne". An Land hörte er immer das „Geheul der Sirene an seinem Ohr", fühlte sich „von allen Leuten sonderbar angesehen" und hörte, daß „er der ausländische Maler und verrückt sei". Er habe schließlich an sich selber gezweifelt und ist zum Arzt gegangen.

Er wurde an 20. 9. in ein Krankenhaus aufgenommen, war dort unsicher, ängstlich, sprach mit leiser, stotternder Stimme und hörte oft mitten im Satz plötzlich auf, weil er nicht weiterkönne. Er zeigte deutlich katatonstuporöse Züge und erzählte alle Dinge mit einer sonderbar flachen Euphorie.

Er wurde am 24. 9. an uns überwiesen und ließ hier von Anfang an das Bild eines eben abgeklungenen Schubes erkennen. Er zeigte schon gleich bei der Aufnahme Ansätze einer intellektuellen Rationalisierung, er hatte die Realität seiner Erlebnisse zwar noch nicht aufgegeben, diese selbst aber abgesperrt und gab sie erst nach mehreren Explorationsversuchen heraus, „weil sie ihm selbst seltsam und unwahrscheinlich schienen". Er meinte, daß er sich vielleicht überarbeitet habe, daß er „durchgedreht" sei, er könne sich zwar nicht erklären, weshalb er das Geschrei von dem „ausländischen Maler" gehört habe, glaube aber, daß es durch die Schlaflosigkeit gekommen sei. Es ginge seine Überarbeitung auch daraus hervor, daß er zuletzt gar nicht mehr zeichnen konnte —

er hat tatsächlich etwa 150, freilich vielleicht flüchtige Skizzen angefertigt — und daß er freiwillig ins Krankenhaus gegangen sei, weil er gemerkt habe, daß „er sich erholen müsse". Daß man ihn verlegt habe, finde er unverständlich, seit ein paar Tagen sei es wieder gut, er sei auf dem Posten, habe die Stimme nicht mehr gehört, habe sich beruhigt und fühle auch keine Angst mehr.

Er ist dabei ohne Affekt, spricht leise, monoton, fast ohne den Mund zu bewegen, ist flach euphorisch. Der Kontakt war völlig aufgehoben. Er versucht auf Aufforderung hin zu zeichnen, bringt in etwa einhalbstündiger Bemühung eben eine Ähnlichkeit mit einem Auge zustande.

In den nächsten Tagen wird Pat. zunächst sich selbst überlassen, seine Haltung wird immer klarer, eindeutiger, er isoliert sich, findet keinen Kontakt, lehnt jede Ermunterung zum Zeichnen ab, fühlt sich selbst unfrei, meint, daß dies von den „Erlebnissen" komme, sucht jetzt das von ihm sehr gut gefühlte Verändertsein gegen früher darauf zurückzuführen, daß er „in dieser Umgebung gewissermaßen gelähmt sei". Die Bücher, in denen er mehrfach zu lesen versuchte, bleiben, wie er selbst sagt, ihm „eigenartig gleichgültig und fern."

Um die anscheinend stationär werdende Affektverarmung und die Zunahme des schizophrenen Defektes abzuwenden, wurde am 5. 10. mit der Insulinschocktherapie begonnen.

Daß die Behandlung im günstigen Prozeßnachstadium begonnen wurde, dürfte, wenn man die *Mauz*sche Definition anlegt, aus der Entwicklung der Psychose und der in wenigen Tagen eingetretenen Beruhigung, der Wandlung des „akut-Seienden" in „Gewesenes", im Mangel des greifbar Defekten durchaus deutlich sein. Man kann sogar sagen, daß Pat. sich bereits im Stadium der Defektbildung befand, da ja auch intensive psychotherapeutische Bemühung das kampflose Nebeneinander von Gesund und Krank, die innere Verstrebung und Fixation nicht auflösen konnte. Die Wirkung der Insulinschocktherapie konnte gerade an diesem Punkte einsetzen,

Er reagierte auf die ersten Injektionen im Prinzip nicht anders als Werner L., lehnte sie ab, weil er sich „nicht mehr krank fühle", meinte, daß „sie überflüssig" seien, merkte, daß ihm eine große Zahl von ungewohnten Gedanken zuströmten, und fühlte schon am ersten Tage die nach der Unterbrechung einsetzende „Leere des Schädels von Gedanken und Vorstellungen", die ihm jetzt aber noch unangenehm war. Er zeigte aber schon am 2. Behandlungstag eine gewisse Lockerung seiner zuvor steifen Bewegungen, er machte nach der Unterbrechung einen gelockerten und geschmeidigen Eindruck. Bei 50 E. I. fragte er innerhalb der Hgl., ob seine Erklärung, daß die Erkrankung durch Überarbeitung gekommen sei, stimmen könne. Er erinnere sich, daß zwei seiner Onkel etwas Ähnliches hätten, ob seine Krankheit damit zusammenhängen könne. Er legt dabei keinerlei Wert auf die von Ref. scheinbar verlangte Antwort, sein Gespräch ist ein typisches Selbstgespräch vor den Ohren anderer. Man kann durch Zuspruch und Einwände seinen Gedankenablauf so gut wie nicht unterbrechen oder in andere Richtung lenken. Diese Nachdenklichkeit wird in den nächsten Tagen zunächst immer stärker, er gibt am 9. 10. an, daß er die Kur durchaus unangenehm empfinde, nachmittags fühle

er sich weitaus besser, geschlossener und freier. Er wird heute bei 70 E. I. erstmalig stuporös, liegt unbeweglich, aber ansprechbar im Bett, zeigt an nichts Interesse. Nach der Unterbrechung zeigt er deutliches Aggravieren, übertreibt seine Angegriffenheit ins Maßlose und verlangt, daß man mit der Kur aufhören solle, weil er sie nicht aushalten könne. Er sitzt heute, freilich ein Buch in der Hand haltend, die meiste Zeit zuhörend bei den Mitpatienten herum, ohne sich am Gespräch zu beteiligen. Am 12. 10. (90 E. I.) ist der kataton-stuporöse Charakter seiner Reaktion etwa in der 3. Stunde der Hgl. ausgesprochen eindeutig, er liegt gleichgültig im Bett, stiert unbewegt vor sich hin, scheint an nichts mehr teilzunehmen. Wenn man ihn anspricht, läßt er zunächst keinerlei Reaktion erkennen, wird stärker auf ihn eingeredet, wendet er sich mißmutig ab, er ist nur schwer zum Trinken zu bringen, tut es schließlich geordnet und sicher. Fühlt sich heute nach der Unterbrechung sehr wohl, meint, daß er sich aufs Zeichnen freue, wolle es bald wieder versuchen. — Nachmittags wieder eingefroren, aber beweglicher und freier als vor Beginn unserer Behandlung. Am 14. 10., bei 110 E. I., ist in der 3. Hgl. — Stunde fast nicht entscheidbar, ob Pat. noch ansprechbar ist. Er trinkt sein Zuckerwasser aber auf Zuruf allein, kommt in eine ausgesprochen depressiv-weinerliche Stimmung, sagt, daß die Kur nicht das rechte für ihn sei, „sie wühle alles wieder in ihm auf — er wolle die Geschichte lieber vergessen, man solle ihn sich selbst überlassen“. Am Nachmittag zugänglich locker, sehr gute Stimmung. Lacht, spricht heute erstmals von dem, „was nun werden solle“, wirkt aber noch immer verhalten, sobald man mit ihm über seine Erlebnisse spricht. Er meint heute, es könne schon sein, daß es in ihm gesteckt habe, wenn er aber nicht so viel gearbeitet und mehr geschlafen hätte, wäre es wohl doch nicht gekommen, er sei eben durch die Entbehrungen der letzten Monate etwas „entnervt“ gewesen. — Der Verlauf bleibt sich während der folgenden Tage immer gleich. Er vermag einmal zu trinken, muß am anderen Tage, obwohl er das gleiche Zustandsbild bietet, durch die Sonde unterbrochen werden, gibt dann aber am 19. 10. beispielsweise an, daß er den Magenschlauch sehr gut gemerkt habe und sich dagegen wehren wollte. Er habe es aber nicht gekonnt. Er könne sich den Zustand gar nicht mehr denken. Es sei gerade so, als wenn seine Gedanken ausgeschaltet seien und er völlig leer sei. Er sei deshalb auch ängstlich, weil er fürchte, daß es so bleiben könne, habe immer das Gefühl, daß schon der ganze Tag vorbei sei, sei dann um so froher, wenn seine Gedanken wiederkämen. Er läßt schon jetzt nur noch eine leichte Verhaltenheit erkennen, ist sonst unauffällig. Am 20. 10. ist er in der Hgl. mehrfach bettflüchtig — „lassen Sie mich — ich halte das nicht aus — nein — nein — lassen Sie mich — es ist doch so schrecklich“ — versteckt sich später unter der Bettdecke, liegt dann „wie tot“. Wenn man ihn aufweckt, fragt er stereotyp: „Was ist denn bloß los? —“, fällt aber immer wieder in das stuporöse Verhalten zurück.

Am Nachmittag spricht er mit Ref. über die Möglichkeit, hier in einem eigenen Zimmer schlafen zu dürfen, weil er gern etwas zeichnen möchte. Ein paar Köpfe würden ihn schon interessieren. Wenn er mit den anderen umgehe, könne er es nicht. Vielleicht täte es ihm nichts, wenn er nicht „selbst so — so krank gewesen“ wäre. Er ist jetzt sehr dankbar, daß man die Kur mit ihm durchgeführt hat. Meint, daß er wahrscheinlich von Haus aus schlechte Nerven habe, durch die Entbehrungen und Überanstrengungen der letzten Wochen vor seiner Erkrankung diese heraufbeschworen habe. Es sei auf dem Schiff aber von Anfang an so ein „Fremdheitsgefühl“ dagewesen, so daß er sich ganz

ausgeschlossen erschien, ... „Eigenartig sei ihm, daß die Stimmen ebenso plötzlich aufgehört haben, wie sie gekommen seien — danach sei dann alles ganz anders gewesen — er war irgendwie froh, daß die Stimme wieder weg war, fühlte aber, daß es so ganz richtig mit ihm doch nicht sei. — In der Kur sei es ihm oft, als ob er „aus Zweien" bestünde, es sei da manchmal „etwas Fremdes in ihm, gegen das er sich wehren müsse.

Die Therapie wird am 23. 10., nachdem der erwünschte Erfolg weitgehend eingetreten ist, abgeschlossen, Pat. danach entlassen.

Auch hier sehen wir, obwohl der akut schizophrene Prozeß vor Beginn unserer Behandlung zweifellos abgeklungen war, innerhalb der Hgl. eine „aktivierte Psychose" in Erscheinung treten, in deren äußerem Erscheinungsbild wir eine Rekapitulation der Psychose selbst erkennen dürften. Daß auch P. wie schon die vorher geschilderten Patienten „in der Kur das Gefühl hat, als ob er aus Zweien bestünde" und manchmal „etwas sei, gegen das er sich zur Wehr setzen müsse", gibt unserer Auffassung, daß innerhalb der Hgl. eine Auflockerung und damit ein Auftreten und Auftauchen aller nicht ausreichend oder nicht abgesättigten Bestrebungen nicht eintritt, eine weitere Stütze. Daß es dabei zumeist Strebungen sind, die aus dem Bereich der „Vitalgefühle" (*Kurt Schneider* (39) stammen, den wir vereinfachend und ausweitend auf die Repräsentation aller nicht weiter zurückführbaren, im letzten unentwirrbar gekoppelten psychisch-somatischen Urphänomene des Lebens schlechthin mit dem Begriff des „Vitalskerns" umschreiben möchten, gibt zu erkennen, daß der Angriffspuukt der auflockernden Wirkung des therapeutischen Eingriffs in diesem Kern gelegen sein muß[1]). Die Wirkungsweise der Insulinschocktherapie kann auch daran deutlich werden, daß der „schizophrene Defekt", wie *Mauz* (15) richtig betont, gerade darin besteht, daß „durch das Prozeßgeschehen" aus den gebündelten lebendigen Strebungen zum großen Teil einzelne wenige „fixierte Einstellungen" (*Berze*) und seelische Haltungen („*Minkowsky*") werden, die — wie wir gesehen haben — innerhalb der Hgl. in sich zusammenfallen, sich aus ihrer Verkoppelung lösen und sich je nachdem, ob der akute Prozeß noch andauert oder nicht, in gleicher oder ähnlich psychotischer Weise gegenseitig verbinden oder zu jenen fließenden Verstrebungen zusammenfinden, die der prämorbiden Persönlichkeit unseres Pat. gemäß war. Die „aktivierte Psychose" selbst entspricht dabei durchaus jenen Rückfällen in scheinbar akut schizophrenes Geschehen, die von *Müller-Münsingen* in seinen Heilungsmechanismen bei den Fällen geschildert werden, wo die Übertra-

[1]) Dieser Meinung gab *Bürger-Prinz* schon 1937 in einem Vortrage vor der Hamburger Ärzteschaft Ausdruck).

gung, die Rationalisierung oder andere Heilungstendenzen nicht ausreichten, den durch das Prozeßgeschehen selbst gesetzten Defekt abzusättigen, auszugleichen oder wenigstens zu korrigieren.

Daß aber unter diesem Aspekt die subjektiv erlebte Wirkung der Hgl. nicht in allen Fällen gleich sein kann, sondern je nach dem Zustand außerhalb der Hgl. ganz verschieden empfunden werden und sich ausdrücken muß, ist fast als selbstverständlich anzusehen. Ein wie der Fall Ludwig R. zunächst unruhig-gequälter Pat., in dem alle Triebe, Affekte und verborgenen Wünsche akut lebendig sind, kann eine Steigerung der ihn bedrängenden, aus ihrer Gesamtverstrebung in der Psychose ausgebrochenen Tendenzen nicht mehr erleben — für ihn wird im Verlauf der Hgl. jener Zustand prävalieren, in den das absinkende Bewußtsein eine durch die organische Umänderung der Hgl. erzwungene Ruhe setzt, die Hgl. selbst wird auf ihn durchaus befreiend wirken. Der sich je nach der Intensität des schizophrenen Prozesses mehr oder minder schnell vollziehende Rückfall in den vorhypoglykämischen Zustand wird sich jeweils als eine erneute Bedrohung, als ein neues Krankwerden einstellen, so daß wir von hier aus die gerade in der Insulintherapie fast immer auftretende Krankheitseinsicht durchaus verstehen können. Wenn anderseits der Kranke im Sinne der *Müller*schen Selbstheilungsmechanismen bereits einzelne wenige „fixierte Einstellungen“ (*Berze*) gewonnen hat, in die er sich eingewöhnt, so daß die „schizophren autistische Welt mit ihrem eigenen Erfahrungsbestand“ (*Berze*) hergestellt und deren „Geltungs- und Wertcharakter meist viel weniger umstritten“ wird, so muß die Auflockerung zwangsläufig dahin gehen, daß der Kampf zwischen Gesund und Krank, Normal und Schizophren, zwischen dem Eigenen und Fremden jeweils aufs neue entbrennt. Der Pat. wird aus einer geschlossenen und gesicherten Welt in eine unbegrenzte und ungesicherte gestoßen, empfindet dies als Qual, als Prüfung und Aufgabe, kurz im Prinzip nicht wesentlich anders, als er zuvor einmal den schizophrenen Grundprozeß selber erlebt hat. Da aber der Aufbau der schizophren autistischen Welt, wie aus *Birnbaum* (30) und vor allem *Müller*s (14) Untersuchungen hervorgeht, gerade dazu dient, die schizophrene Grundstörung zu überwinden, so werden wir die Aussage dieser Patienten, ob wir „durch unsere Kur gesunde Menschen verrückt machen wollen“, durchaus verständlich und einfühlbar finden.

Daß innerhalb der Hgl. verborgene, peinliche, „verdrängte“ Gedanken- und Gefühlskomplexe wieder in den Vorder-

grund treten, ist auch in den Selbstbeobachtungen *Wiedekings* (32) beschrieben worden.

Wenn wir die Gesamtverläufe der berichteten Fälle auf Gemeinsamkeiten und Verschiedenheiten untersuchen, so sehen wir, daß sich jene aus der immer gleich verstandenen Wirkung der Therapie, diese aus den vorgegebenen Verschiedenheiten des Falles an sich ergeben.

Bei den akut psychotisch in die Behandlung genommenen Fällen 1—3 sehen wir zunächst in der Hgl. eine Auflockerung ihrer Wahngebilde und Persönlichkeit bis zum Sichtbarwerden der vitalkerngebundenen Triebe und Affekte ebenso wie bei den im Prozeßend- oder nachstadium in die Behandlung genommenen Fällen 4 und 5. Die zur Absättigung des schizophrenen Grundprozesses im Sinne der *Birnbaum*schen Auffassung im psychischen Bereich verwandten Trieb- und Affektsphären lösen sich, treten, von den Patienten subjektiv als „Durcheinander" empfunden, miteinander in einen gleichsam innerpsychischen Kampf der Behauptung und Durchsetzung, werden in der Phase der stärkerwerdenden Somnolenz schließlich ebenso abgebaut wie die Leistungen des Intellekts. Es bleiben zurück die innerhalb des Vitalkerns selbst gegebenen mehr weniger schizophren veränderten Verhältnisse. Der Vitalkern selbst setzt sich innerhalb der abgebauten Persönlichkeit durch, der in ihm statthabende schizophrene Grundprozeß wird aufs neue „belebt", der Pat. muß, sobald er nach der Unterbrechung der Hgl. den Wiederaufbau seiner inneren Einheit, — der kortikalen Hemmungen nach *von Zoltan*, *v. Pap* — vornimmt, die verschiedensten Strebungen miteinander zu binden und auf ein Gesamt hin zu ordnen versucht, den gleichsam wieder akut werdenden schizophrenen Grundprozeß aufs neue zu „bearbeiten" suchen. Die dabei gleichzeitig wirksamen Einflüsse der auch gegen seinen Willen mit der Insulinschockbehandlung immer verbundenen Psychotherapie drängen dabei die bisher verarbeiteten pathoplastischen Momente ebenso beiseite, wie es die Psyche auch ohne Behandlung an sich tut, um zu einem der Wirklichkeit angepaßten Kompromiß zu gelangen. Dabei dürfen wir mit *Mauz* (15) auch an eine „systematisch trainingsmäßige Wirkung" unseres Vorgehen denken. So wird, theoretisch gesehen, ein schizophren bedingter Wiederaufbau der Persönlichkeit in dem Augenblick nicht mehr stattfinden können, in dem der sich innerhalb des Vitalkerns abspielende Prozeß erloschen, seine Absättigung im Rahmen der psychischen Verwaltungsweisen also nicht mehr „notwendig" ist.

Ist so die am stärksten ins Auge fallende Verschiedenheit unserer Fälle, nämlich Erfolg und Nichterfolg unserer Bemühungen, als eine Folge des dem Krankheitsbild unserer Patienten zugrunde liegenden Prozesses zu betrachten, so erklärt sich die Verschiedenheit der Einzelreaktionen, u. E. aus dem Verhalten der Psychose, in dem wir gleichsam das Kompromiß der pathogenetischen und pathoplastischen, der prozeßgesetzten und der ihn absättigenden Faktoren sehen dürfen. Ist, wie bei Luwig R., dieses Kompromiß noch nicht ausreichend gefunden, so wird die Einzelreaktion als „Beruhigung" erscheinen; der Pat. unterliegt völlig dem pathogenetischen Faktor, wird von ihm beherrscht, vermag zunächst nicht, sich gegen ihn zu wenden, und der Kampf erstirbt in ihm ebenso, wie er es kurz vor Schluß unserer Behandlung in den positiven Fällen dann tut, wenn der pathogenetische Faktor völlig verklungen und seine Nachwirkung von der „normalen" Persönlichkeit paralysiert ist. Subjektiv wird dabei die Einzelreaktion jeweils dann als „angenehm und befreiend" empfunden, wenn außerhalb der Hgl. das psychische Bild vom „Aufstand der Vitalaffekte und Triebe" beherrscht ist, als „quälend und blödsinnig", wenn wir die krankhaften Verknüpfungen des schizophren orientierten Vitaloptimums sprengen und den Pat. in der Hgl. auf die Kampfphase der Vitalaffekte und Triebe, auf die Phase des unabsättigten schizophrenen Grundprozesses zurückwerfen müssen. Daß wir die gleiche Sprengung des Vitaloptimums, die Regression auf die Auseinandersetzung der Affekte und Triebe auch bei Nichtpsychotischen annehmen dürfen, ergibt sich aus *Wiedekings* (32) Mitteilung, daß deren Versuchspersonen, „allerhand Gefährliches begegnet sei" und sie glücklich seien, jetzt, nach der Unterbrechung, „dem alltäglichen Leben zurückgegeben zu sein".

Wir wollen uns nunmehr einigen Fällen zuwenden, in denen wir unsere Auffassung überprüfen und teilweise auch die vermutlichen Grenzen des therapeutischen Vorgehens beobachten können.

Fall 6: Gottfr. H., 31 Jahre, Ziegeleiarbeiter. In der Familie des Pat. waren mütterlicherseits mehrere abartige Charaktere nachweisbar, deren Zugehörigkeit zum schizophrenen Formenkreis — Defektzustände nach unterschwelligen Schüben — sehr wahrscheinlich war. Bei Muttergeschwistern Heinrich und Dora wurden die „Eigenarten" als erst entstanden bezeichnet.

Pat. selbst ist als Kind unauffällig gewesen, seine Entwicklung verlief in normalen Bahnen, er hat die unterste Klasse der Volksschule zweimal besucht, ist später ein Durchschnittsschüler gewesen. Charakterlich soll er als Kind frisch, heiter und lebendig gewesen sein, er hatte normalen Umgang mit gleichaltrigen Freunden und ist „ein Junge wie die anderen" gewesen.

Nach der Schulentlassung wollte er Schiffbauer werden, erkrankte aber während des zweiten Lehrjahres „an Herzklopfen, innerer Unruhe und Körper-

schwäche", wovon er sich nie wieder völlig erholt haben soll. Der Bruder des Pat. gibt an, daß er damals „auch unverständliche Sachen geredet" und „wahrscheinlich etwas zurückbehalten" habe. Er sei nach dieser Erkrankung zunehmend verschlossener und stiller geworden, zog sich immer mehr von seinen Schulfreunden zurück und gab auch die Schiffbauerlehre auf. Er wurde während der nächsten Jahre auf der Werft als Hilfsarbeiter verwendet.

In seinem 22. Lebensjahr erkrankte der Pat. aus der Arbeit heraus an den gleichen Beschwerden, die er während der Lehrzeit hatte, und wurde im Krankenhaus als „Basedow" behandelt. Die körperlichen Symptome sollen sich dort nach etwa 2 Monaten zurückgebildet haben, psychisch habe sich Pat. aber weiterhin verändert, sei stiller, verschlossener und schweigsamer geworden. Nach den Angaben des Bruders hat er sich seither fast immer allein gehalten und ist „überhaupt kein richtiger Kerl" gewesen, so daß man „mit ihm gar nichts anfangen konnte". Die Werftarbeit hat er damals völlig aufgeben müssen und hat seither nur noch unständig Beschäftigung als Ziegeleiarbeiter gefunden.

Die im Mai 1937 aufgenommene Arbeit mußte er Mitte Juli niederlegen, weil er sich, wie bei seinen früheren Erkrankungen, „unruhig und schlapp" fühlte, so daß er während der Arbeit scheinbar „einschlief" und zu „träumen" begann. Zu Hause ist er dann zunehmend ängstlich und erregt geworden, lehnte sich gegen jeden Beruhigungsversuch auf, demolierte Fensterscheiben und Möbel, lief nachts grundlos auf die Straße und drohte, Mutter und Bruder mit einem Stuhl niederzuschlagen.

Bei der am 3. 8. erfolgten Aufnahme in unsere Klinik war er örtl. und zeitl. ausreichend orientiert, bot einen affektlahmen, maskenartigen Gesichtsausdruck und war im Gespräch nur schwer zu fixieren. Psychotische Erlebnisse wurden bei der Exploration negiert, doch gab Pat. an, daß er „immer auf die Spur achten, an Selbstmord und ähnliche Sachen denken müsse, daß er das Gefühl habe, als ob sein Herz stillgestanden wäre, als ob er manchmal tot sei und sich nicht mehr zu helfen wisse". Weshalb er seine Angehörigen bedroht habe, könne er nicht sagen, er habe es einfach müssen, doch sei es nicht so schlimm gewesen. — Er ist während der Exploration kontaktlos, abgekapselt, ohne Stellungnahme, autistisch gesperrt und ohne Aktivität.

Körperlich: Großer, kräftiger Mann in gutem E. und K. Z., bis auf feminine Behaarung und Fettpolster o. B. Kein pathologischer Befund.

Es handelt sich bei Pat. um einen akut einsetzenden 3. Schub, der auf eine schon weitgehend defekte Persönlichkeit traf und der nahezu ohne jede pathoplastischen Momente das Wesen des Grundprozesses selbst zu erkennen gibt. Trotz eifrigen Nachforschungen waren irgendwelche Anzeichen, die die momentanen Erscheinungen als schizophrene Reaktion hätten deuten lassen können, nirgendwo aufzufinden.

In den ersten Tagen der Beobachtung zeigte der Zustand des Pat. keinerlei Veränderung:

Er trieb sich isoliert und verschlossen auf der Abtlg. herum, zeigte keinerlei Aktivität und Initiative, träumte meist leer vor sich hin, oft schien er mit weit aufgerissenen, ängstlichen Augen vor sich hinstierend und lauschend zu hallzuinieren, gab aber an keinem der Beobachtungstage irgendwelche Inhalte

heraus. Bei Explorationsversuchen blickte er betroffen, scheu und ängstlich zu Boden, bekam ein deutliches Salbengesicht, sagte dann stereotyp, „daß er sich ganz gut fühle, daß er bloß immer ängstlich werde, daß sein Herz aufgeregt sei, unregelmäßig schlage, er auf die Spur achten, vor sich hindenken müsse, daß dabei nichts herauskomme. Wovor er eigentlich Angst habe, könne er nicht sagen. Es sei eigentlich nichts. Es komme eben so über ihn."

Am 7. 8. wurde eine Insulintherapie begonnen, die ohne wesentlichen Erfolg bis zum 23. 10. fortgeführt wurde, obwohl schon bald die Erfolglosigkeit feststand. Die auch bei diesem Pat. erkennbare Auflockerung innerhalb der Hgl. ließ, wie auf Grund des klinischen Bildes zu erwarten stand, nichts Neues erkennen, es drehte sich bei allen sprachlichen Äußerungen stets um den Zirkel: Unruhe — Herzbeschwerden — daher Unruhe — daher erregt — daher wieder Herzklopfen — Unruhe usw. Manchmal gab er dann an, daß die Unruhe etwas nachgelassen habe, doch fiel er schließlich bald wieder in den alten Zustand zurück. Außerhalb der Hgl. setzte allmählich eine gewisse passive Einordnung des Pat. in den Stationsbetrieb ein, er lief immer so nebenher, fiel nicht auf, hatte an nichts Anteil, mußte zu allem gestoßen und mitgerissen werden. Bei zunehmender Sommnolenz wurde er schließlich im Stadium der Schockbehandlung fast täglich hochgradig unruhig, schlug um sich, stand im Bett auf, griff Pfleger und Ärzte an und mußte mehrfach dieser Unruhe wegen unterbrochen werden, da er nicht mehr zu halten war. Seine eigene Schilderung des Zustandes blieb im Grunde genommen die immer gleiche.

Am 16. 8. 75 E. 1. Schocktag. 8.30 liegt ruhig im Bett, gespannt lauschend, große ängstliche Augen voller Unruhe. Bild wie am gestrigen Nachmittag.

8.50 Scheint in akuter Halluzinose, schlägt um sich, murmelt, schimpft vor sich, versteckt sich unter der Bettdecke, hilfloser, ratloser Ausdruck, weit aufgerissene Augen. Sagt: „Nicht schlafen — Herr Doktor — nicht schlafen — ist alles so dumm — weiß nicht, Herr Doktor — Wenn ich Ihnen sagen soll — (schlägt um sich) — es ist alles so dumm — so dumm — Wenn ich es Ihnen sagen soll — ich weiß nicht — so dumm." Sprache dabei manieriert, schwerfällig. Versteckt sich plötzlich unter der Bettdecke, schlägt um sich. Gegen 9.30 leichte Beruhigung — er faltet jetzt die Hände, murmelt unaufhörlich unverständlich vor sich. Ist noch ansprechbar. Seine Aussagen drehen sich immer im gleichen Kreise: „Ich will schlafen — ich kann nicht schlafen — ich werde so unruhig — ich weiß nicht — es ist alles so dumm". 10.20 Schock, der 10.40 unterbrochen wird. Er ist müde, matt, fühlt sich elend, gibt aber an, daß er „jetzt ruhiger" sei. Tut alles, was ihm gesagt wird.

Nachmittags bietet er das gleiche Bild wie an den vergangenen Tagen, immer allein, kontaktlos, unruhig. Sagt, daß es von der Kur komme.

In der Hgl. am 18. 8. ruft er während der Erregung ständig: „Hau mir den Kopf ab — Hau mir den Kopf ab —", dann gleich ebenso stereotyp nach seiner

Mutter, die ihm helfen soll. Er muß heute von 4 Pflegern gehalten und schließlich vorzeitig unterbrochen werden. Er weiß nach der Unterbrechung sehr gut, daß er unruhig war, erinnert sich auch seiner Reden und entschuldigt sich. Er sagt, daß „alles so dumm gewesen sei — er sei so ängstlich geworden — er könne es nicht sagen, wie es gewesen sei —".

Einmal, am 21. 8., sagt er außerhalb der Hgl., daß die „Spritze alles in ihm aufwühle; er sei froh gewesen, daß er wieder ruhiger geworden war, man solle ihn doch nicht mehr behandeln".

Am 28. 8. gibt er nach der Unterbrechung an, daß er sich über die seltsamen Erlebnisse wundern müsse, die er manchmal in der Kur gehabt habe. Es sei immer ein Wechsel zwischen Hell und Dunkel gewesen — was es bedeute, könne er nicht sagen — das Dunkle habe immer das Helle aufgefressen — plötzlich weg gewesen — da habe er furchtbare Angst ausstehen müssen —. Stimmen usw. habe er dabei nicht gehört, sich auch nie deuten können, was eigentlich los sei.

Dabei ließ Pat. von Mitte September an eine allmähliche, freilich geringfügige Änderung seines Verhaltens außerhalb der Hgl. erkennen; er schrieb schließlich einmal nach Hause, zeigte bei der Unterhaltung über seine Familie einen lahmen, immerhin aber gemäßen Affekt, nahm allmählich, wenn auch schwerfällig, ungeschickt und mechanisch, an der Gartenarbeit teil, saß häufiger mit anderen zusammen, ohne an deren Gespräch interessiert zu sein. Sein Verhalten besserte sich erst, als nach 56 Schocks schließlich die Kur abgebrochen und der Pat. dem Küchendienst zugeteilt wurde. Er schloß sich hier den anderen Patienten relativ gut an, tat, was ihm an Arbeit zugewiesen wurde, mit größerem Jnteresse als bisher und zeigte seit dem 23. 10. die zuvor imponierende Unruhe und Angst nicht mehr, so daß man hier von einer „Ausreifung" reden könnte, die tatsächlich aber keine sein dürfte. Wir glauben vielmehr, daß sich der Zustand des Pat. ohne oder mit einer gleichgültigen Behandlung ebenso nach 2 Monaten beruhigt haben würde, wie es die früheren Schübe getan haben.

Daß die Besserung tatsächlich erst nach 4 Monaten und erst nach dem Absetzen der therapeutischen Eingriffe beobachtet werden konnte, führen wir letztlich auf die Wirkung der Therapie selbst zurück. Die Persönlichkeit des Pat. hätte sich, wie wir annehmen möchten, wenn wir den Grundprozeß nicht immer wieder aufgewühlt hätten, in einem neuen Optimum auf freilich schizophrene Verhaltensweisen festgelegt, wobei sich der von den früheren Schüben gesetzte Defekt möglicherweise um ein geringes vergrößert haben würde. Daß sich der Defekt bei der psychischen Unfähigkeit des Pat., mehr als eine Anpassung und Verdrängung zu leisten, der Behandlung zum Trotz tatsächlich doch wohl auch vergrößert hat, ist zumindest wahrscheinlich. Die geringe Besserung des

Zustandes von Mitte September ab hängt wahrscheinlicher mit der Intensitätsabnahme des Grundprozesses zusammen.

Wichtig erscheint uns darauf hinzuweisen, daß in diesem Fall eine wirkliche Auflockerung der schizophren veränderten Persönlichkeit in keiner Phase der Behandlung beobachtet werden konnte. H. ist immer fremd und verschlossen geblieben und entsprach auch innerhalb der Hgl. durchaus jenem Bild, das aus den Angaben der Angehörigen anschaulich war.

Einen ähnlichen Verlauf hat auch der folgende Fall Heinz W. genommen, den wir als typischen Fall für den Nachweis des Verdrängungsmechanismus ansehen können, wie er von *Müller* dargestellt wurde. Eine eingehende Exploration bewirkte bei ihm (schon vor Behandlungsbeginn) eine angstbetonte, affektüberladene Abwehr und Unsicherheit, der „konventionelle" Kontakt ging dann verloren, der Pat. entglitt, wurde ablehnend und mürrisch. Dabei zeigten sich die „ethisch gefahrvolleren" und affektbeladeneren psychotischen Inhalte stärker verdrängt als andere, sodaß wir von diesen, da Pat. bereits abgekapselt und schizophren eingestellt zu uns kam, erst später und erst durch andere (Krankengeschichten und Verwandte) Kenntnis erhielten.

Fall 7: Heinz W., 34 Jahre, Schlosser. Er wurde uns am 11. 9. 1937 vom U.K. Eppendorf überwiesen, wo er vor einiger Zeit z. B. auf beginnende Paralyse zur Aufnahme gekommen war. Bei der Aufnahme in unsere Klinik wirkt er ausgesprochen dement, lächelt verlegen vor sich hin, läßt eine deutliche Läppischkeit erkennen, ist affektlahm, bewegungs- und antriebslos, negativistisch, rapportunfähig und kontaktlos. Er ist innerlich unruhig, erregt, schwer zu fixieren und sieht vorsichtig und lauernd um sich.

In der Familie lassen sich mehrere Schizophrenien wahrscheinlich machen. Ein Bruder des Vaters beging Suicid durch Erschießen. Ein Vetternsohn hat nie lesen und schreiben gelernt. Eine Schwester der Mutter ist „zeitlebens komisch und verschlossen" gewesen, beging schließlich Suicid mit Leuchtgas, obwohl sie unter ständiger Beobachtung stand. Der Vater des Pat. selbst wird als extrem streng, pedantisch und jähzornig geschildert; man sagt, daß ihn die „Fliege an der Wand" in „Raserei" versetzt. Die Geschwister des Pat. sind sämtlich unverheiratet.

Die Kindheitsentwicklung des Pat. ist normal gewesen; er hat aber von Anfang an schlecht gelernt und wurde deshalb häufig geprügelt. Er ist mehrmals in der Schule „sitzengeblieben" und soll schon als Kind alle Beziehungen zur Familie verloren haben. Nach der Schulentlassung wurde er Schlosser, weil „er schließlich irgend etwas lernen sollte". Die Gesellenprüfung hat er „eben noch bestanden", wurde aber anschließend fast nur noch als Hilfsarbeiter beschäftigt. Seit 1935 hat er im Schlossereibetrieb ständig Mühe gehabt, die Akkordvorschriften zu erfüllen.

Er hat angeblich niemals Freunde besessen, Geschlechtsverkehr hat er nur ein- oder zweimal in einem Bordell ausgeübt, wobei er eine Lues aquirierte, die mehrfach mit Salvarsan behandelt wurde. In den letzten Jahren ist er

immer antriebsloser geworden, zu Hause hat er völlig beschäftigungslos herumgesessen, er mußte, um überhaupt einmal aus dem Hause zu kommen, schließlich von seiner Mutter „ins Kino geschickt" werden.

Anfang Juli 1937 konnte W. nicht mehr zur Arbeit gehen, er fühlte sich schlapp, wurde zu Hause zunehmend unruhig, schließlich erregt, bedrängte in Abwesenheit der Eltern die 30jährige Schwester, bedrohte eine Nachbarsfrau und wurde deshalb in die Landesanstalt in Neuruppin überwiesen. Aus der dortigen Krankengeschichte geht hervor, daß er über „Kopfschmerzen und Vergeßlichkeit" klagte, daß er Stimmen hörte, die ihm angeblich freundliche Aufforderungen sagten, daß ihm das schließlich zu toll geworden sei und er zugeschlagen habe. Die Stimmen seien aus einem verborgenen Apparat gekommen. Im Nachbarsgarten habe er einmal eine Frau gesehen, die „den Kopf verkehrt aufgesetzt hatte". Während der geringen Eiweißerhöhung im Liquor. wurde dort die Diagnose beginnender paralytischer Prozeß gestellt; der Pat. wurde auf Drängen der Eltern am 17. 7. unbehandelt und ungebessert entlassen.

Da es unmöglich war, ihn unter ständiger Aufsicht zu halten, er sich aber wieder bedroht fühlte, auf die Nachbarn schimpfte, weil sie über ihn tuschelten und ihn schlecht machten, wurde er am 31. 7. in die neurol. Abtlg. des U. K. Eppendorf geschickt und von dort, nachdem ein organischer Prozeß ausgeschlossen worden war, am 11. 8. an uns überwiesen.

Körperlicher Befund: völlig o. B.

Es gelang zunächst auch bei uns nicht, die Abkapselung (oder Verdrängung) zu durchbrechen. W. konnte sich bei allen Explorationen „auf nichts besinnen", wurde von uns als „Endzustand" betrachtet und zunächst sich selbst überlassen. Wir stellten schließlich fest, daß er sich nach einigen Wochen recht gut in den Stationsbetrieb eingewöhnt hatte, wobei er freilich immer antriebs-, affekt- und kontaktlos blieb. Immerhin gab er schließlich an, daß „die Gedanken durcheinander waren, er habe sie nicht mehr festhalten können, sei vom Hundersten ins Tausendste gekommen — die Kollegen hätten ihn bei der Arbeit kontrolliert — beschmierten sein Werkzeug — tuschelten und wollten ihn aus der Arbeit bringen. — Er hatte das Gefühl, als ob sich alles ändern würde, er brachte nichts mehr zuwege, konnte nicht essen und nicht schlafen, fühlte eine Unruhe, als ob irgend etwas eintreten müßte. Auf dem Weg hatte man ihm eine schwarze Katze vor das Fahrrad gelegt, die er totfahren sollte. Man wollte einen Grund haben, um sagen zu können, daß er verrückt sei und alles über den Haufen fahre. Sie hätten einen Grund haben wollen, um ihn totschlagen zu können. Man habe ihm manchmal auch mit versteckten Apparaten Stimmen gemacht, die ganz leise waren, damit er nicht merken solle, wer dahinterstecke."

Die anamnestisch sichergestellte Bedrohung der Schwester und der Nachbarin sowie die Halluzinationen waren auf keine Art aus ihm herauszubringen; als sie ihm schließlich vorgehalten werden, lächelt er verlegen vor sich hin und weigert sich, überhaupt noch Antwort zu geben.

Auf der Station macht Pat. keinerlei Schwierigkeiten; er bo keinen Anhalt für akut psychotische Erscheinungen mehr, läßt während der folgenden Wochen zwar eine weitgehende Beruhigung, aber auch ein immer stärkeres Isoliert-, Autistisch- und Defektwerden erkennen. Wir nahmen daher an, daß er das Prozeßstadium bereits überschritten habe, der günstigste Moment für unsere Therapie bereits verpaßt sei, haben ihn aber trotzdem Mitte September noch in die Insulintherapie genommen, um womöglich eine Auflockerung und affektive Besserung zu erreichen.

Innerhalb der Insulinschockbehandlung hat Pat. keine wesentlichen Schwankungen seines Zustandes erkennen lassen; er nahm die Therapie vom ersten Tage an gleichgültig auf, versuchte keinen Widerstand, zeigte innerhalb der Hgl. niemals psychomotorische Unruhe, stand nie unter einer weitgehenden Auflockerung und nie unter Gedanken-, Trieb- und Affektstürmen. Die Einzelreaktionen verliefen bei ihm etwa so, wie sie von *Wiedeking* (32) bei den Versuchen mit „Nicht-Psychotischen" beschrieben wurden. Er sprach über die „schwarze Katze", den „verkehrt aufgesetzten Kopf" ohne stärkere Affekte, wehrte sich aber immer, sobald man den Angriff auf die Schwester ins Gespräch brachte. Meist reagierte er auf solche Versuche mit Verlegenheit und Abwendung, erklärte, daß das alles vorbei sei, daß „die Katze tot sei" und er „nichts mehr davon wisse".

Im Behandlungsprotokoll haben wir seinen Zustand am 24. 9. so geschildert, daß er als antriebsarmer, läppisch-gutmütiger, konventionell freundlicher und gutgeordneter Pat. „sozial entlassungsfähig" sei. Die ihm übertragenen Arbeiten im Rahmen der täglichen Übung vermöchte er gut zu erfüllen. Wir haben ihn schließlich bis zum 20. 11. mit insgesamt 80 Schocktagen behandelt, ohne mehr erreichen zu können, als am 24. 9. und im Grunde schon vor Beginn unserer Behandlung erreicht worden war. Die einzige Änderung war schließlich die, daß der Pat. am 22. 10. einmal erklärte, über die „dummen Geschichten deshalb nicht reden zu wollen, weil sie ihm ja doch keiner glaube", was aber gegenüber der vor Behandlungsbeginn bestehenden Verdrängung und Abkapselung und der damals zweifellos bestehenden Neigung, auf der Ebene einer läppisch-gutmütigen Konvention ein Kontaktkompromiß zu schließen, kein besonderer Fortschritt ist, da er de facto wohl das gleiche Verhalten auch bei „Spontanremission" gezeigt haben würde.

Wir können aber gerade aus diesem Fall erkennen, wie notwendie die bei der Besprechung der ersten Fälle mehrfach betonte Begegnung zwischen Behandlung und Abklingen des Prozesses bzw. frischem Prozeßnachstadium ist. Andererseits dürfen wir die Schwierigkeiten nicht unterschätzen, die in dem prämorbiden, vielleicht schleichend schizophren schon länger veränderten Charakter gelegen haben. Denn die völlige Passivität, das „einfach sich führen und lenken lassen", das „alles hinnehmen, wie es eben kommt", und nicht zuletzt auch die ausgesprochene Substanz- und Niveaulosigkeit, sowie der Mangel an Differenziertheit muß die durch die Wirkung der Insulinschocktherapie gegebene Möglich-

keit eines Neubaus der innerpsychischen Struktur praktisch ausschalten.

So taucht die Frage auf, ob und in welcher Weise der Primärcharakter am Gesamtverlauf und Ausgang der Insulinschocktherapie beteiligt sein könnte. Wir weisen hiefür auf die Eindrücke, die von *Kronfeld* und *Sternberg* (27) auf dem Münsinger Kongreß berichtet wurden, hin.

Fall 8: Johannes K., 32 Jahre, Fleischer und Schiffskoch. Es handelt sich bei K. um einen Charakter, der ohne nachweisbar schizophrene Belastung von Kind an ausgesprochen autistisch gefärbte Züge erkennen läßt, der immer ein überspitztes Selbstbewußtsein, Neigung zu Übelnehmen und Auftrumpfen, zu Bissigkeit, Hinterhältigkeit und gleichsam paranoischen Querulationen gezeigt hat. Sein Charakter ist in der Lebensgeschichte recht wirksam geworden; er hat die besten Stellen als Schiffskoch regelmäßig nach wenigen Monaten deshalb verloren, weil er sich mit den Vorgesetzten und Offizieren auf die Dauer nicht vertragen konnte: er wollte immer ranggleich und klüger, angesehener und gerechter sein. Wurde ihm irgendwann widersprochen oder sein Herrschaftsdrang in die ihm durch seine Stellung gewiesene Unterordnung zurückgewiesen, dann konnte er, wie er selbst sagt, gegen die betreffenden Schiffsoffiziere so lange im Hintergrund wühlen, bis der Zustand unhaltbar war und einer das Feld räumen mußte. Da dieser eine meist er war, nimmt es kaum wunder, daß er den Offizieren gegenüber eine grundsätzlich paranoische Haltung bezog, die schließlich extremste Formen in seiner Psychose annahm. K. ließ in seinem Charakter darüber hinaus auch ausgesprochen idealistische Züge erkennen; als er 1936 heiratete, weil er ein Mädchen geschwängert hatte, wollte er die beste und vernünftigste Ehe führen, die unter Seeleuten möglich sei, er wollte den Hausstand so schnell wie möglich auf die Höhe bringen und hat dabei mehr getan, als er in seiner Lage an sich vermochte. Daß er, wie es dem Typ des Kampf-Paranoikers entspricht, u. U. auch zu explosiblen Komplexreaktionen fähig war, ist aus der im Frühjahr 36 erfolgten Verurteilung wegen schwerer Körperverletzung durchaus wahrscheinlich.

K. wurde Anfang Sept. 37 auf eigenen Wunsch im Krankenhaus aufgenommen, weil er sich bescheinigen lassen wollte, daß er „gesund sei". Von dort wurde er am 10. 9. wegen Schizophrenie an uns überwiesen. Die pathoplastisch sehr eindeutig ausgebaute Schizophrenie war bei Pat. während einer Mai/Juni 37 gefahrenen Afrikareise zum Durchbruch gekommen. Er bemerkte unterwegs, daß die ganze Mannschaft gegen ihn eingestellt sei, daß man ihn mit Gas oder Arsenik zu vergiften suchte, ihn für einen Staatsverbrecher hielt und ständig beobachten ließ. Während mehrerer Nächte habe man ihm in das Bullauge geleuchtet, schickte in Las Palmas einen Kriminalbeamten an Bord, der als Heizer verkleidet war und ihn unschädlich zu machen hatte. Pat. bemerkte damals, daß er „hellsehen" konnte, unter Hypnose stand und „automatisch sprechen mußte, als ob er unter dem Einfluß einer fremden Macht stünde". In seiner Kammer hörte er, wie der Kriminalbeamte sich mit seiner Frau unterhielt, um etwas gegen ihn herauszukriegen. Er weigerte sich daraufhin, seine Arbeit zu tun, legte sich „stumpfsinnig" ins Bett, weil er sich ja doch nicht freimachen konnte, und machte Kapitän und Offiziere dafür verantwortlich, daß man ihm so „mitspielen könne". Als er in Walfischbai durch einen an Bord gerufenen Arzt untersucht werden sollte, ging er

mit einem Beil auf ihn los, weil „der ihn umbringen sollte", sprang danach über Bord, merkte bei der sofort ins Werk gesetzten Rettung, daß man ihn „erschöpfen wollte", denn das ihm zugeworfene Seil habe man immer wieder nachgelassen und zurückgezogen, mehrere Male habe man ihn auch vom Rettungsboot aus untergetaucht. Als man ihn der Suicidgefahr wegen in Walfischbai in der Gefängniszelle unterbrachte, merkte er, daß die Neger vom Geistlichen instruiert waren, wie man ihn „unauffällig umbringen könne", er hörte, wie der Geistliche immerfort „Ju kehl em" sagte, was er als direkten Befehl verstand. Schließlich hörte er auch, wie man in der Schule ein „Gericht über ihn hielt" und ihn zu mehrfacher Todesstrafe verurteilte.

Bevor man ihn eingesperrt habe, habe er auch gemerkt, daß ihm alle anständigen Menschen aus dem Wege gingen, weil sie an dem Unrecht nicht verantwortlich sein wollten, das ihm zugedacht war. Pat. wurde 5 Tage später von einem andern, nach Hamburg zurückkehrenden Dampfer übernommen, er zeigte sich dabei so beruhigt, daß man ihn frei auf dem Schiffe umherlaufen ließ.

Nach der am 10. Juli in Hbg. erfolgten Landung ist er sofort zur Staatspolizei gegangen, um sich zu erkundigen, „was er gemacht haben solle", lief von dort zur Partei, um zu erfahren, „was gegen ihn vorliege und weshalb man ihn derartig behandelt habe"; schließlich beschwerte er sich bei allen möglichen Stellen darüber, daß man ihm ein „derartiges Unrecht zugefügt" habe, und verlangte allenthalben Entschädigung und Ersatz. Pat. war dabei äußerlich vollkommen unauffällig, so daß er erst Mitte August an einen Arzt verwiesen wurde. Als der ihn nicht gesund schreiben wollte, ist er freiwillig ins Krankenhaus gegangen, um „die Sache endlich einmal klären zu können". Er glaube, daß man ihn deshalb zum Kranken machen wolle, um ihn „wegen seines Wissens und Einblicks in die Schweinereien" als unzurechnungsfähig bezeichnen zu können.

Bei der Aufnahme in unserer Klinik war der Pat., soweit und solange er von seinen Erlebnissen berichtete, im ganzen unauffällig und geordnet; er brach aber jeden Versuch eines kritischen Einwands von vornherein ab, zog sich, sobald er Widerstand merkte, völlig zurück, blieb dann antriebsarm, verbissen und kontaktlos und schien von Tag zu Tag mehr von einer „eisernen Isolierung" umgeben. Die meiste Zeit lief er im Sturmschritt hin und her, raste wie besessen im Garten umher und war nur zu fixieren, wenn man sich auf das ihm zugefügte Unrecht einließ.

Obwohl wir die Schwierigkeiten eines therapeutischen Vorgehens bei der außerordentlich dichten Systematisierung des Wahns und seiner engen psychoplastischen Verbindung zur Lebensgeschichte des Pat. als wahrscheinlich unüberwindlich betrachteten, haben wir den Pat. schließlich doch in die Insulinschocktherapie genommen. Wir hofffen bei der überdurchschnittlichen Begabung und der nach *Kronfeld* und *Sternberg* als günstig zu wertenden Sthenie des Pat. eine intellektuelle Rationalisierung des Wahns erreichen zu können. Wir hatten unsere Hoffnungen dabei im wesentlichen auf die auflockernde Wirkung der 1. und 2. Insulinstunde gesetzt, ebenso auf den stetigen Wechsel zwischen Gesund und Krank und hofften, der Pat. werde von der, unter Insulinwirkung wärmeren

und engeren Affektbiudung zur Umwelt aus eine klare, wenn auch vielleicht nur intellektuelle Wertung seines Zustandes finden und auf diese Art schließlich krankheitseinsichtig werden.

Unsere Erwartungen werden zunächst auch durchaus nicht getäuscht. Der bei Beginn der Behandlung nahezu eisern gefügte Wahn wurde schon unter geringen Dosen Insulin in Zweifel gezogen, nachdem zuvor freilich die Therapie selbst in den Wahn eingefügt wurde. Der Pat. meinte, daß „hier das Werk der Offiziere fortgesetzt und er ganz verrückt gemacht werden soll". Schon am 4. 10. jedoch bat er mehrfach darum, man möchte sich „seinen schriftlichen Bericht über seine Erlebnisse betrachten. Er habe darin lediglich Tatsachen geschrieben. Und es müsse doch für einen Arzt ein leichtes sein, festzustellen, was davon zu halten sei. Er selbst wisse jedenfalls im Augenblick nicht so genau, wie er sich die Vorgänge erklären solle". Diesen Zweifel, den wir als eine Folge der Auflockerung ansehen, hat der Pat. freilich nach der Unterbrechung zunächst ebenso schnell wieder verloren wie das innerhalb der Hgl. bereits am 30. 9. feststellbare Krankheitsgefühl. Am 30. 9. sagte Joh. K. nämlich, nachdem er zuvor über Atembeschwerden und Druck über der Brust geklagt hatte: „Wie soll mirs schon gehen, wie es eben Kranken so geht. Nicht gut und nicht schlecht. Man ist eben gleichgültig und läßt die Ärzte mit einem machen, was sie für notwendig halten". Es erscheint uns wesentlich, darauf hinzuweisen, daß auch hier die Anzeichen einer Ambivalenz — nicht gut und nicht schlecht — sehr deutlich werden.

Dieses Gefühl des Krankseins wurde mit steigender Dosierung und stärkerer somatischer Reaktion an den folgenden Tagen immer ausgesprochener. K. war am 5. 10. etwa 90 Min. post inj. schon deutlich gelockert, zeigte sich anlehnungsbedürtig, „asthenisiert" (*Bürger-Prinz*), verlangte, daß man bei ihm bleibe; der Arzt sei ein guter Doktor, zu dem er Vertrauen habe; man solle ihm helfen und ihn gesund machen. Seinen Wahn versuchte er zu dieser Zeit beiseitezudrängen: „Das ist mir alles ganz gleich, das hab ich vergessen, ich will jetzt gesund werden". Diese Einstellung hielt freilich nur wenige Minuten an. Eine halbe Stunde später schon war Pat. intensiv nachdenkend beschäftigt, wie es sich mit seinen Erlebnissen verhalten könnte. Er versuchte auch jetzt noch, sich durch andere Gespräche davon abzubringen, und begann Unterhaltungen mit fast allen Patienten, die gleich ihm in der vorbereitenden Phase standen. Dabei traf er bezeichnenderweise mit einem Pat. eine Verabredung für nachmittags, von der er am Nachmittag aber keinerlei Notiz mehr nahm. Bei einer am Nach-

mittag des 6. 10. vorgenommenen Exploration ließ er das gleiche Bestreben erkennen, welchem wir schon bei Ludw. R. begegneten. Er versuchte seine psychotischen Erlebnisse insofern von sich fortzurücken, als „man es nicht ausgerechnet auf ihn abgesehen habe. Wahrscheinlich habe der 1. Offizier einen dummen Scherz mit dem Kapitän machen wollen, wobei er gewissermaßen als Medium dienen sollte. Man habe ihn deshalb durch Hypnose krank gemacht, sei dabei aber so weit gegangen, daß es fast seinen Ruin bedeutet hätte.“ Er duldete auch jetzt keinerlei Widerspruch gegen seine Ansicht, ließ sie freilich, wie kaum anders erwartet werden konnte, schon in den nächsten Tagen wieder fallen, ohne später je darauf zurückzukommen. Im Laufe der nächsten Tage brachte er dann einen neuen Beweis dafür vor, daß man gegen ihn „irgend etwas gehabt haben müsse“. Als er nämlich auf dem letzten Urlaub war, habe „man“ ihn durch „eine Frau verführen lassen“, die sich in den Besitz seines seitdem verschwundenen Notizbuches gesetzt habe; da seine Frau damals im Krankenhaus entbunden worden sei, habe man dies ganz listig angefangen, indem man diese „Spionin“ ihm als Untermieterin in die Wohnung setzte.

Die beabsichtigte Auflockerung des Wahns wurde in den folgenden Tagen immer deutlicher: Am 8. 10. berichtete er innerhalb der Hgl. — etwa 2 Std. post inj. — daß „er sich vor seinen eigenen Einfällen nicht mehr zu retten vermöge, es gingen ihm die seltsamsten Sachen im Kopfe herum, Sachen, die er gar nicht zu Ende denken könne, man solle ihn in Ruhe lassen, ihn nicht so aufwühlen und zum Narren machen.“ Später gab er an, daß er heute seinen ganzen Lebenslauf durchgegangen sei, um nachzusehen, ob er irgend etwas verbrochen habe, was den anderen ein Recht zu ihrem Vorgehen gebe, um schließlich einen Monolog zu halten, aus dessen Stenogramm einige Stücke mitgeteilt seien. Wir betonen dabei, daß der Pat. während dieser Zeit noch völlig zugewandt und ansprechbar war — das Koma trat erst 9.40 ein; das Stenogramm wurde zwischen 8.40 und 9.10 aufgenommen.

„Das ist doch eine große Schweinerei — sperrt man einen Menschen, der sein ganze Leben lang ordentlich gearbeitet hat, in Afrika zu den Negern — macht einen Hokuspokus mit mir, daß ich verrückt werde — ich bin doch mein ganzes Leben nicht verrückt gewesen — man muß da doch etwas mit mir vorgehabt haben — wie soll das denn sein, daß ich auf einmal so anders wurde — Kommen die Schweine daher und treiben einen so lange, bis man verrückt ist — Ach, du lieber Gott, was ich doch für Einfälle heut habe — Ich werde mir morgen mal einen Bleistift mitnehmen in die Kur und mir das alles mal aufschreiben — die Schweine gehören alle miteinander erschossen — es muß doch was Wahres da dran sein, sonst hätte doch der Kaufmann nicht zu mir gesagt — sonst wäre ich doch da gar nicht hingekommen (er meint zur

Gauleitung!) — ach, das ist doch alles Lumperei — da hat man den Leuten dahier was erzählt, und nun glauben sie denen und sperren mich ein — man soll mich doch endlich zu meiner Frau lassen — man glaubt gar nicht, was ich alles durchgemacht habe — war das eine Schweinerei — man sollte die Brüder alle erschießen — aber Sie glauben ja nicht, was ich sage — Sie meinen ja, ich spinne — was ich auch schon alles zusammengesponnen habe — Wenn man das alles zu Ende denken könnte — ich will es denen ja vergeben — will den Offizieren ja vergeben — was die aber gemacht haben —" (Bis hierher hat er fast ohne Pause gesprochen, jetzt nach 1 bis 2 Minuten fortfahrend) „Diese elenden Strolche, jetzt wollen sie das alles vergessen haben — jetzt wollen sie das so hinstellen, als ob das ein Traum wäre — Herr Doktor, Herr Doktor — wenn ich Ihnen das alles sagen kann, werde ich gesund — die gehören erschossen — die gehören ein Strang um den Hals und durch die Straßen gezogen — ach, das hab ich ja schon mal gesagt — wem hab ich das doch bloß schon gesagt — ach, was hab ich doch bloß für Einfälle — (weint jetzt) — Ach, der 1. Offizier, der 4. Maschinist und der Kapitän — diese Strolche — laßt sie ruhig auf dem Schiff — ich habe diesen Strolchen vergeben — es soll diesen Strolchen vergessen sein — aber sie sollen mir Abbitte tun — sie sollen den Ärzten eingestehen, daß es so gewesen ist, wie ich Ihnen gesagt habe, — sie sollen hergehen und sagen: Ja, es ist wahr gewesen — ach, was ich doch bloß für Einfälle habe — es ist ja vielleicht doch bloß ein Traum gewesen —".

Er ist während des letzten Teils dieses Selbstgespräches allmählich schläfriger geworden, seine Sprache wurde zögernder, war zuletzt nur noch verständlich, wenn man ganz nahe an das Bett ging, worauf der Pat. mit der im Stenogramm enthaltenen Zuwendung an Ref. reagierte. Er ist heute sehr ruhig im Schock, liegt da wie im Schlafe. Nach der 60 Min. später vorgenommenen Unterbrechung gibt er an, daß er schwer geträumt habe, er sei bei seiner Frau gewesen, habe alles noch einmal mitgemacht, was er erlebt habe, er habe in dem Traum zuletzt richtig sterben wollen, habe operiert werden sollen, man habe schon irgend etwas mit ihm gemacht (Unterbrechung?) — da sei er zum Glück wieder munter geworden.

Die Wirkung der Hgl. ist in diesem Selbstgespräch recht deutlich; denn obwohl es sich fast nur um ein intellektuelles Angehen des Wahns und damit der Grundprozeß-Absättigung handelt, können wir das Suchen des Pat. nach einem tragfähigen Kompromiß deutlich feststellen. Dieses Kompromiß setzt die Wahninhalte als real, die bisher gezogenen und gegen den Widerstand der Umwelt verfochtenen Konsequenzen daraus aber als überflüssig, nicht unbedingt notwendig und vielleicht sogar als falsch. Daß die „Einfälle" dabei als ich-fremd, als quälend empfunden werden, läßt erkennen, daß es sich hier nicht um eine bewußt gelenkte Denkarbeit handeln kann. Dieses Suchen nach brauchbaren Absättigungen ist vielmehr gerade die Folge des Abbaus der bewußten Kontrolle.

Wenn der Pat. am Ende des Selbstgespräches sagte, daß seine Gegner „hergehen sollen und sagen: Ja es ist wahr gewesen", so ist das ein Ausspruch, in dem das idealistisch-sthenische Moment seines Charakters besonders deutlich ausgedrückt wird; es kommt

ihm letztlich in seinem Kampf gegen das ihm zugefügte Unrecht nicht darauf an, daß er dafür entschädigt wird, vielmehr darauf, daß man ihm eine innere Genugtuung leistet und ihm „Abbitte tut". Freilich ist der Abbau bis zum Grundprozeß selbst in dieser Hgl. wie auch in den folgenden bei diesem Pat. niemals erfolgt. Die Begründung mag darin liegen, daß der Prozeß selbst schon längst abgeklungen war und wir es mit den inzwischen allzu fest verstrebten Folgezuständen zu tun gehabt haben.

Wir müssen dem mitgeteilten Protokoll vom 8. 10., um das Wirkungsbild der Hgl. zu vervollständigen, nun noch die Einstellung anfügen, die der Pat. am Nachmittag zu seiner Psychose und den Wahngebilden einnahm:

Er redet von nichts als der Klage, die er gegen die Reederei und ihre Angestellten durchführen will, er müsse diese auch dann durchfechten, wenn man es nicht direkt auf ihn abgesehen gehabt haben würde. Die Reederei habe ihm jedenfalls das Leben verdorben, ihn furchtbar geschädigt, ihn für sein ganzes Leben unglücklich gemacht und müsse ihn dafür entschädigen. Er verlangt, daß man ihm ärztlich ein Zeugnis darüber ausstellt, daß er durch die irrsinnige Behandlung auf dem Schiff verrückt geworden sei, daß man ihn fast in den Tod gehetzt habe, daß dafür nicht er, wohl aber die Reederei und ihre Offiziere verantwortlich seien. — Er hat dabei die früher sehr stark erkennbare Tendenz, immer mehr Gründe anzuführen und den Kreis der angeblich an ihm schuldig Gewordenen immer größer zu ziehen, nicht mehr erkennen lassen.

An den nächsten Tagen hatte der Pat. unter den psychotherapeutisch wirksamen Einflüssen die Tatsache seines Krankseins immer stärker nachvollzogen, die Ausbildung einer vollen Krankheitseinsicht scheiterte aber immer wieder daran, daß man ihn „in Walfischbai ins Gefängnis gesteckt habe — wäre ich krank gewesen, so hätte ich doch in ein Krankenhaus gehört". So sehr man auch bemüht war, ihm über diese Schwierigkeit hinwegzuhelfen, es gelang auch in der Folgezeit nie. Der Pat. wurde wieder äußerst ablehnend gegen jeden Behandlungsversuch. So sagte er am 11. 10. u. a.:

„Wenn man mich doch endlich in Frieden ließe — mit der blöden Behandlung wird das ja doch bloß schlimmer — da kann man machen, was man will — es ist gerade so, als ob man einen besoffen machen wollte — man weiß überhaupt nicht mehr, was eigentlich los ist — ich lasse mir das nicht mehr gefallen, Herr Doktor — von der Kur geh ich kaputt." Dabei hat er an diesem Tage kurz vorher angegeben, daß „ihm alles so seltsam und ausweglos" sei, es komme ihm alles „so unbegreiflich" vor, er verstehe weder, was er erlebt habe, noch, weshalb es geschehen sei.

Als er sich am 12. 10. ohne Anfall durch einen Zungenbiß verletzte, war die Ablehnung fast nicht mehr zu durchbrechen. Der Pat. legte sich trotz gegenteiliger Aufforderung mittags wieder zu

Bett, verweigerte die Nahrungsaufnahme: er fühle sich gesund und wolle entlassen werden. Er redete jetzt nur noch von den Beschwerden, die durch die Kur hervorgerufen seien.

Nach der Unterbrechung der Schocks ließ K. an den nächsten Tagen eine zunehmende Apathie erkennen; er kam äußerst schwer zu sich, blieb gleichsam zwischen Schlaf und Wachen hängen und konnte aus dieser Haltung nur durch entsprechend starke Außenreize, gesetzt werden, herausgerissen werden. Bezeichnenderweise gab er nach diesen Zuständen jeweils an, daß man ihn in Frieden lassen solle; er wolle nichts mehr davon wissen; es wäre am besten, wenn man alles vergäße. Diese nach der Unterbrechung bezogene Position hielt er jetzt auch tagsüber aufrecht; er fügte sich zwar nur lustlos und widerwillig in den Stationsbetrieb und die Kolonnenarbeit ein, tat aber mit und stellte, wenn man sich nach seinem Vorgehen gegen die Reederei usw. erkundigt, die Gegenfrage: „Wozu denn?“ Am 16. 10. sagte er sogar, daß er eingesehen habe, krank gewesen zu sein; es wäre vielleicht das beste, wenn die Klinik an die Reederei schriebe, damit er von dieser wieder eingestellt und ihm nichts nachgetragen werde. Den Zustand nach der Unterbrechung schilderte er einmal seinem Bettnachbarn gegenüber wie folgt (19. 10.).

„Wenn mir doch bloß jemand sagte, daß ich wieder wach werde — Ich habe jedesmal, wenn ich die Augen aufkrieg, das Gefühl, als ob ich gar nicht mehr da wäre — Es ist dann immer, als ob ich stundenlang ohne Hoffnung wäre — Du mußt mir da sagen, daß das Einbildung ist, denn ich krieg da jedesmal eine Angst, daß ich am liebsten fortlaufen möchte. Wenn dann die Beine so schwer sind und ich mich nicht bewegen kann, wird es aber bloß noch schlimmer.“

Ein paarmal schilderte er diesen Zustand auch in der gleichen Weise, wie es unser Pat. Ludw. R. getan hat. Er gab nämlich wiederholt an, daß er dann „tot sei“, weil es keine Verbindung mehr zwischen ihm und der Umwelt gebe.

Eine weitere Wandlung seines Wahns und seiner Stellung zur Psychose war nicht zu erreichen. Er gab am 20. 10. wieder an, daß er „die Erlebnisse der letzten Monate vergessen will — es habe ja doch keinen Zweck, sich damit herumzuschlagen — es seien vielleicht eben Mißverständnisse gewesen, derentwegen er kein Theater machen wolle“. K. ließ dabei aber immer die Befürchtung offen, daß er in die alte Starrheit wieder zurückfallen könnte, obwohl er in der Zwischenzeit durchaus besseren Kontakt zur Umwelt aufgenommen hatte. Eine wirkliche Auflockerung seiner Affekte außerhalb der Hgl. war nicht eingetreten.

Da schließlich die intellektuelle Auflockerung, Ich-Ablösung und Gegenüberstellung des Wahns auch innerhalb der Hgl. zurückging und der Pat. am 25. 10. angab, daß es sich bei seinen „Einfällen jetzt bloß noch um belanglose Dinge drehe“ daß ihm zwar auch jetzt noch „vieles einfalle“, aber nicht solche Sachen mehr, wie er sie damals gehabt habe, und diese Entwicklung immer deutlicher wurde, hätten wir den Pat. an diesem Tage aus der Behandlung herausnehmen können. Wir haben dies aber, um auch das letzte zu versuchen und die Flinte nicht voreilig ins Korn zu werfen, erst am 13. 11. getan, ohne bis dahin noch irgendeine Änderung erzielen zu können. K. gab vorübergehend zwar einmal an, daß er „vielleicht schlechte Nerven gehabt“ haben könne, fügte aber sofort hinzu, daß die „Reederei ihn anständigerweise hätte entschädigen müssen“. Andererseits zeigte er sich in diesen Tagen von einem ausreichenden Kontakt, in besserem, beweglicherem Rapport und bei einer leichten Verhaltenheit psychisch weitgehend frei, so daß wir hofften, er werde schließlich nicht nur die Konsequenzen seines Wahnsystems aufgeben, sondern dieses selbst affektfrei verdrängen können.

Bevor wir Pat. jedoch entlassen konnten, stellte sich heraus, daß er im Laufe weniger Wochen dem gleichen Prozeß unterlegen war, den wir bereits früher mit dem von *Sakel* (28) eingeführten Begriff der „Ausreifung“ in Verbindung brachten, dessen positiv wirkende Besserung freilich bei Joh. K. noch unangebrachter ist, als es bei unseren Pat. Ludw. R. und Gottfr. H. der Fall war. Der der Ausreifung zugrunde liegende Prozeß der innerpsychischen Verfestigung und der damit zustande kommenden größeren Selbstsicherheit hat bei K. nur bewirken können, daß die ursprünglich starre, diskussionsunfähige Überzeugung von der Richtigkeit seines Wahnsystems sich wiederherstellte. Der Pat. gab die vielfachen Versuche seines Abbaus, einer Rationalisierung und Kompromißbildung völlig auf; daß er abschließend meinte, er werde sich hüten, daraus Konsequenzen zu ziehen und gegen die Reederei oder sonst jemand eine Forderung geltend zu machen oder gar einen Prozeß anzustrengen, ist das einzige Ergebnis der Behandlung gewesen — ein Ergebnis, das wir wohl auch ohne den großen therapeutischen Aufwand erzielt haben würden, denn es ging mit dieser Verfestigung der Persönlichkeit ein Verlust jener größeren Affektivität und Kontaktfähigkeit einher, die am Schlußtag der Behandlung besonders zu beobachten war.

Beim Überblick über den Verlauf dieses Falles werden wir einmal eine Bestätigung für unsere Auffassung finden, daß die Aus-

sichten für eine „Heilung“ sich in dem Augenblick verschlechtern, in dem die Behandlung auf eine Psychose trifft, deren Grundprozeß schon lange abgelaufen und bei der das klinische Bild nur durch den nachher gewordenen Defekt bestimmt ist. Wir werden andererseits aber vermuten, daß der Abbau dieses Defekts und „Residualwahns“ im vorliegenden Falle auch an der prämorbiden, sthenisch bestimmten Persönlichkeit unseres Pat. gescheitert ist. Jede stärkere Mitwirkung asthenischer Elemente und eine affektiv weichere Ansprechbarkeit hätte unsere Möglichkeit vergrößern müssen, so daß wir die bei K. vorgegebene Charakterstruktur als Grenze und stärksten Widerstand für die Therapie betrachten müssen.

In einer ebenso einprägsamen, wenn auch problematischeren Art sahen wir diese Beziehung zwischen Charakter und Therapie in dem folgenden Falle Fritz R. wirksam werden, bei dem nicht nur schon anfangs Zweifel an der Diagnose bestanden, sondern die Frage nach dem eigentlichen Prozeß niemals geklärt werden konnte und wohl auch nur aus dem heute schon als nahezu unvermeidbar erscheinenden Endzustand mit einiger Sicherheit erschlossen werden kann. Immerhin dürfte seine Zugehörigkeit zur Gruppe der Schizophrenie nicht mehr zweifelhaft erscheinen. Die von R. innerhalb der Hgl. gezeigte Einzelreaktion und sein Verhalten zur Therapie schlechthin lassen eine eindeutige klinisch noch wesentlich eindrucksvollere Beziehung zwischen Wirksamkeit der Insulinschocktherapie und Persönlichkeit des Patienten erkennen. Indem R. nämlich nicht nur alles, was überhaupt mit ihm geschah, in seinen hypochondrischen Wahn einbezog und diesen darauf zurückführte, sondern auch die Wirkung jedes Medikamentes demonstrativ übertrieb und sich völlig hieran verlor, mußte jede wie immer geartete Therapie zum Mißerfolg werden.

Fall 9: Fritz R., 36 Jahre, Straßenbahnführer. Eine Familienanamnese konnte nicht erhoben werden, da der Vater des unehelich geborenen Pat. und dessen Familie nicht bekannt sind. In der Familie der Mutter sind keine Geisteskranken nachweisbar. Der Pat. hat eine normale Kindheitsentwicklung gehabt, er hat in der Schule eine besondere Begabung gehabt, „sich lebhaft und vorbildlich auszudrücken“, hatte immer besondere Freude daran, wenn er „etwas aufsagen durfte“ und ist schon damals „viel für sich“ gewesen, wei ihm die Streiche der Gassenjungen „zu dumm gewesen“ sind. Er ist nach der Schulentlassung Laufbursche und Hilfsarbeiter geworden, hat von Frühjahr bis Herbst 1918 am Kriege teilgenommen und sich „immer in der vordersten Feuerlinie eingesetzt“. Seit 1920 ist er bei der Straßenbahn beschäftigt. Wesentlich für seine Grundhaltung scheint uns zu sein, daß er „überzeugter Anhänger der Jugendbewegung“ war, in deren Gruppen als „Volkstanzleiter“ und „beliebter Lautensänger“ wirkte, häufig auch mit besonderer Begeisterung „Theater spielte“, weil er an solchen „Erfolgen sehr große Freunde gehabt“

hat. Er ist damals in einem kleinen Kreis von Menschen beheimatet gewesen, mit dem er Wanderungen in die „leidenschaftlich geliebte Natur“ unternahm, wobei Volkslieder und „Lautengesänge am Feuer“ eine wesentliche Rolle spielten. Er hat das städt. Leben aus „innerster Überzeugung“ abgelehnt und ist aus Überzeugung Guttempler“ geworden. Die vor 9 Jahren geschlossene Ehe wird als „restlos glücklich“ gepriesen, Mann und Frau sind „immer ein Herz und eine Seele“ gewesen, die 8jährige Tochter ist von Pat. zeit ihres Lebens „restlos verhimmelt“ worden. In den letzten Jahren ist der frühere Kreis des Pat. auseinandergegangen — Pat. hat sich nirgendwo mehr angeschlossen und jetzt „ganz für sich gelebt“, wobei sein Leben in alles regelnden Formen restlos eingefangen war. In seinem Schrebergarten hat er sich eine „ausgezeichnete Baumzucht“ zugelegt, die ihm ebensoviel Bewunderung eintrug wie seine „immer strahlende Gesundheit“. Daß er besonders darauf war, im Winter ohne Unterkleidung und Schal zu arbeiten und im Spätherbst durch die Elbe zu schwimmen, läßt die zentrale Stellung, die seine „Gesundheit“ in seinem Lebensgesamt einnahm, deutlich erkennen.

Der Beginn der jetzigen Erkrankung reicht bis in den Sept. 36 zurück, er fühlte sich damals verändert, alles hatte eine „tiefere Bedeutung“ bekommen, er wollte nirgends mehr hingehen, klagte über „schneidendes Wasser“ und konnte sich nicht mehr erholen. Er gab damals an, daß ihm „die Leber weh tue“, daß er „ein Brennen im Penis“ habe, als wenn er eine Gonorrhoe hätte, und war traurig und niedergeschlagen. Er hat fast nicht mehr gesprochen, ist zunehmend abstinent geworden und soll ständig abgenommen haben. Er glaubte, daß er vom Arzt nicht richtig behandelt werde, sah seinen Urin immer selbst „auf Schleimfäden und Gries“ nach, las viel in „Ärztebüchern“ und wurde schließlich im Februar 37 im Allgemeinen Krankenhaus Barmbeck aufgenommen, nach wenigen Tagen mit der Diagnose: Neuropathie, Hypochondrie wieder entlassen, kurz danach aber wegen eines angeblichen Suicidversuches mit Arsen wieder aufgenommen. Am 26. 4. wurde er schließlich an uns überwiesen.

Bei der Aufnahme in unsere Klinik bot Pat. zunächst eher ein depressives als schizophrenes Bild. Er war fast immer still für sich, zeigte sich gedrückt, weinte bei den Explorationen vor sich hin, blieb vollständig zugewandt und führte immer dieselben Klagen im Munde, die er in deutlich paranoiderweise auf Einflüsse von außen zurückzuführen suchte, ohne diese näher angeben zu können. Wir haben das Bild demnach zunächst als endogene Depression verstanden, die durch den primär abartigen Charakter pathoplastische Züge schizophrener Art erhalten hatte.

Diese Auffassung erhielt zunächst ihre scheinbare Bestätigung auch durch den weiteren Verlauf. Pat. klagte während der nächsten Wochen unverändert über „Brennen in der Harnröhre“, sagte, „daß die Gonokokken in ihm lebendig seien“, fühlte „überall in seinem Körper ein Kribbeln und Krabbeln“, als ob die Gonokokken darin umherliefen, wollte immer wieder dagegen behandelt werden, meinte oft, daß „es zu Ende ginge“, und war zufrieden, wenn er sich einmal ausreden und seine Krankheit klarmachen konnte. Nach 4 oder 5 Wochen zeigte sich schließlich eine unverkennbare Besserung des Bildes. Pat. beteiligte sich an den Hausarbeiten, nahm Kontakt zu den Mitpatienten auf, seine Klagen verstummten, er zeigte sich zunehmend geordnet, freier, lebhafter und konnte schließlich am 21. 6. nach der offenen Abteilung abgegeben werden. Er hat hier während der nächsten Wochen viel über Obstipation geklagt, erhielt hiergegen symptomatische Mittel und besserte sich schließlich

so weit, daß er mehrfach Stadturlaub erhalten konnte. Er gab schließlich selbst an, daß er sich weitgehend erholt habe, fügte sich schwierigkeitslos ein und hoffte, bald entlassen zu werden.

Als ihm jedoch am 12. 7. alle Medikamente genommen wurden, wurde er im Laufe weniger Tage wieder derart erregt, daß er am 19. 7. auf die Unruhigenabteilung verlegt werden mußte. Er wurde während dieser Tage zunehmend ablehnend, weigerte sich, seinem Stationsarzt irgendwelche Auskunft zu geben, gab dem Pfleger aber an, daß ,,er von den Ärzten falsch behandelt werde", daß er festgestellt habe, ,,man wolle seine Vorsteherdrüse lahmlegen", daß er ,,sich das unter keinen Umständen gefallen lasse". Er gibt die Beziehungen zu Mitpatienten auf, weigert sich, an der Arbeit teilzunehmen, kapselt sich mehr und mehr ab und läßt in seinem Verhalten jede Rücksicht auf die Mitpatienten fehlen.

Auf der Unruhigenabteilung wird er zunächst immer unruhiger, erregter, rüttelt an Fenstern und Türen, versucht zu entweichen, wird bei dem Versuch, ihm zuzureden, schließlich aggressiv und muß, da er mit einer Gardinenschnur Suicid versucht, am 21. 7. im Bett gehalten werden. In einer Exploration läßt er jetzt ganz ausgesprochen paranoide Ideen erkennen, führt seine Krankheit jetzt auf die ,,Pille" zurück, ,,die ihm zwei dem Ansehen nach bekannte Männer gegeben" haben, beklebt sich am 22. 7. nach dem Bad den ganzen Körper mit Leukoplast, weil er sich selbst behandeln müsse — ,,ich muß das einfach" —, drückt ständig an seinem Penis herum und läßt bei Widerspruch eine raptusartige Erregung erkennen, die in das Bild einer Depression nur noch schwer einzufügen ist. Er zeigt schließlich nach wenigen Tagen das gleiche Bild, wie es bei der Aufnahme bestand, doch läßt er in seinen Beschwerden und Klagen jetzt einen immer phantastischer und uneinfühlbarer werdenden Aufbau erkennen, der bei dem Verlust nahezu aller Affekte zu einem ausgesprochen hypochondrischen Wahnsystem führt, so daß wir uns entschließen, ihn am 10. 8. in die Insulintherapie zu nehmen.

In der zuvor vorgenommenen Exploration gibt er jetzt folgende Darstellung seiner Erkrankung:

,,Nun ist das von oben nach unten gegangen. Auf die Niere. Und auf den Zwölffingerdarm, und nun ist das alles durchgerissen. Nun sind Gonokokken ganz über mich hingelaufen, und nun ist ja nichts mehr zu machen. Die Fäden ziehen jetzt alle zum Herzen und sind durchgerissen." Das ist gekommen, wie er damals in B. entlassen wurde. Als er von der Go. schon geheilt gewesen war. Er habe da das Gefühl gehabt, daß etwas nicht stimme. Sei nach der Entlassung voller Angst gewesen, nie allein auf die Straße gegangen. Immer seine Frau mitgenommen. Eines Tages habe er in der Apotheke noch Prontosil holen wollen. Da sei ihm unterwegs so komisch geworden. Er habe sich auf eine Hausstufe gesetzt, um sich auszuruhen. Da seien auf einmal zwei Männer gekommen, hätten miteinander getuschelt und gesagt: ,,Ach, der ist ja sowieso schon krank." Und dann hätten sie ihm ein Pulver gegeben. Das sei Schweinfurter Grün gewesen, und er habe gleich gemerkt, daß man ihn vergiften wolle. Da seien seine Augen ganz feuerrot geworden, die Nase habe angefangen zu kribbeln, nachher sei es auf die ganze Haut übergegangen. Jetzt sei es also so, daß die Vorsteherdrüse gesund sei, aber die Leber sei völlig belegt, und dann seien da die Fäden zerrissen. Da gehe es von oben nicht weiter nach hinten. Da könne der ganze Stuhlgang und die Galle und die Vorsteherdrüse nicht arbeiten. Und auch im Kopf sei das so. Da sei ja die Zirbeldrüse, und da seien auch die Fäden durchgerissen. Und alles in Unordnung. Davon sei nun, daß

er keine Pollutionen mehr hätte. Er wolle doch kein Wallach sein. Er sei immer gesund gewesen. Das müsse doch möglich sein, daß er wieder gesund würde. — Später sagt er noch, daß er ein ausnehmend tüchtiger Mensch sei, er habe in Dänemark die Bauern für Deutschland bearbeitet, habe immer für die Regierung aufgeklärt, weil er das gut könne, sei auch einmal auf der (Volks-) Hochschule gewesen, nun wolle man ihn zum Wallach machen, da müsse doch jemand dazwischen sein. (Die Männer?) Ja, die kannte er von Angesicht, mit denen hat er mal ein politisches Gespräch geführt, vor Jahren. Das sind ganz extreme Syndikalisten. Die wollten ihn wohl umbringen mit dem Pulver, hätten ihn wohl für ihre Ideen einspinnen wollen, weil er so gut reden könne. Er wolle das aber nicht, und nun machten sie das alles mit ihm. — Noch später fügt er hinzu: „Jedenfalls machen die was mit mir, sonst müßte das schon wieder gut sein. An mir muß man was gemacht haben."

Die am 10. 8 begonnene Insulintherapie übernahm der Pat. sofort in seine Wahnbildung. Schon am 1. Insulintag gab er an, daß „man mittels des Insulins die abgerissenen Fäden zwischen Zwirbeldrüse, Herz, Leber und Vorsteherdrüse wieder zusammenspritzen solle, und schilderte am 11. 8. das Gefühl innerhalb der Hgl. so, daß da „in ihm ein Kampf durchgeführt werde — die Fäden werden hin und her gerissen — er fühlt deutlich, wie sie sich vereinigen wollen — man solle die Spritzen etwas stärker machen, weil er deutlich merke, daß die Fäden jetzt noch zu kurz seien". Außerhalb der Hgl. ließ er jedoch noch keinerlei Wirkung erkennen, war kalt, kontaktlos, isoliert, dabei demonstrativ unglücklich und nicht wieder abzuschütteln, sobald er einen Arzt zu stellen vermochte. Er verlangte am 12. 8. wegen „des deutlichen Gefühls, daß durch das Insulin sein Herz immer kleiner werde, eine offene Erklärung, wie es wirklich mit ihm stehe", wurde, sobald ein Zweifel gegen seine Ansichten gewagt wurde, ablehnend, fing sofort an, sein ganzes Wahnsystem auseinanderzufalten. Er merkte etwas später ebenfalls ein Kribbeln in den Gliedern (das auch viele andere Patienten als Strom gedeutet haben!) und sagte, daß dies wohl von den „Männern" gemacht werde, die eben auch hier ihre Hand im Spiele hätten. Man konnte aber auch bei ihm innerhalb der Hgl. eine fortschreitende Auflockerung erkennen, gegen die er sich, wie die meisten unserer Patienten schließlich zur Wehr setzte. Er wollte die Kur nicht mehr mitmachen, die „Krankheit sitze ganz wo anders, als die Ärzte sie suchten, er könne sich schließlich bloß selber helfen und verlangte, daß man ihn in Ruhe lasse". Am 17. 8. kam schließlich sein ausgesprochen demonstratives Verhalten auch innerhalb der Hgl. erstmalig deutlich zum Durchbruch. Er rollte sich gegen 9.00 (Beginn der 3. I. S.) plötzlich aus dem Bett, ließ sich flach auf den Fußboden fallen und behauptete, hier angenehmer als im Bett zu liegen. Schließlich gab er an, daß

er nichts für das Herausfallen könne, er habe sich umdrehen wollen und wohl auf der Kante gelegen. Er könne auch nichts dafür, daß er „durch das Insulin so verrückt" werde. Dabei ließ er jetzt eine überheblich ironische Haltung erkennen, die er noch lange nach der Unterbrechung (durch Trinken) beibehielt und erst am Nachmittag gegen die alte Mürrischkeit und Ablehnung vertauschte.

Für die Form seiner Einzelreaktion besonders bezeichnend scheint uns der Verlauf des 18. 8. (85 E. I. — ohne Koma) zu sein, den wir daher an Hand unseres Protokolls kurz darstellen wollen:

7.00 Injektion. Pat. schläft danach weiter. 7.50 Schweißausbruch, nachher wach, ausgesprochen redselig, berichtet umständlich und weitschweifig über den Anfang seiner Erkrankung, wie die unbekannten Männer ihm Schweinfurter Grün zu essen gaben, wie danach alles in ihm lebendig wurde, wie sich seither alles folgerichtig entwickelt habe. Der Zusammenhang ist ihm völlig eindeutig, „die Symptome haben alle erst danach angefangen", „vorher war ich in B. doch schon gebessert entlassen worden" — schließlich sagt er, daß „durch die Spritzen die Beläge auf seinen Organen abgehoben werden", daß er deutlich fühle, wie „der Stuhlgang jetzt nach draußen wolle", wie jetzt „alles nach unten dränge". Man solle ihn endlich zu Ende behandeln, ihm etwas geben, daß die Beläge alle nach draußen kämen. Während der ständigen Steigerung seiner Redseligkeit mischt sich immer stärker auch eine motorische Unruhe dazwischen — er wirft sich im Bett hin und her, schlägt um sich, tritt gegen das Steckbrett, wirft die Beine darüber, stemmt sich daran in die Höhe, droht mehrmals herauszustürzen. Als die Pfleger ihn zu halten versuchen, schlägt er in durchaus aggressiverweise um sich, schimpft dabei laut vor sich hin: „Laßt mich in Frieden — ich hab doch nicht nötig, daß mir die Vorsteherdrüse genommen wird — ich bin doch kein Wallach — Ich weiß doch was los ist, ich weiß doch ganz genau, was mir fehlt — wenn man mich richtig behandelt hätte — wenn man die Männer eingesperrt hätte — ich laß mich doch nicht kastrieren — ich will doch kein Wallach werden — ich bin doch verheiratet—" Die Unruhe hat dabei immer stärkere Grade angenommen, er ist kaum noch im Bett zu halten, will immer wieder über das Steckbrett klettern. Dabei ist R. völlig ansprechbar, geht auf den leisesten Wink und auf die leiseste Bemerkung ein. Als gesagt wird, es sei dies wie eine hysterische Reaktion aufzufassen, schreit er plötzlich los: „Ich kann doch nichts dafür, daß Sie mich durch Spritzen verrückt machen — ich weiß ja doch gar nicht, was ich anfangen soll — Seien Sie doch nicht böse, Doktor — ich kann das doch nicht — ich muß das doch machen —" Er beruhigt sich schließlich erst, als man sich ganz von ihm zurückzieht (und er keine Zuschauer mehr hat). Er trinkt später sein Zuckerwasser leidlich, ist dabei noch ansprechbar. Jetzt ziemlich depressiv und ärgerlich und erklärt mehrfach, daß er „nicht mehr mitspielen wolle". Während das Personal kurz darauf mit der Unterbrechung eines anderen Patienten beschäftigt ist, springt er plötzlich über das Steckbrett, rennt wie ein Rasender im Saal hin und her, drängt sich überall auf, sucht sich mit Gewalt Beachtung zu verschaffen, reißt schließlich sein Hemd herunter, wirft sich den Pflegern schluchzend und aufschreiend an den Hals, schreit dabei: „Helft doch — mein Herz geht kaputt — so helft doch, mein Herz" —, wird aber, wenn der Versuch unternommen wird, ihn vorsichtig zu beruhigen und ins Bett zurückzubringen, handgreiflich, schlägt, legt sich in fremde Betten,

wühlt alles durcheinander und ist auf keine Art ruhig zu stellen. — Dies gelingt schließlich erst dadurch, daß ihm einer der Pfleger sagt, er werde unter Umständen auf die Unruhigenabteilung zurückverlegt werden. Seine Unruhe läßt daraufhin sofort nach, er geht mürrisch zum Waschen, baut danach sein Bett, verhält sich leidlich geordnet, ist aber ohne jede Zuwendung und völlig abgeschlossen.

So wenig ein Zweifel daran sein kann, daß diese Reaktion durch die Wirkung des Insulins verursacht und in Gang gesetzt wurde, so wenig scheint es uns fraglich zu sein, daß man diese, vom Verhalten unserer übrigen Patienten doch sehr unterschiedene Reaktion nur aus der Charakterstruktur des Pat. verstehen kann. Die schon in seinem prämorbiden Verhalten deutlichen Züge einer demonstrativen Zuwendung, Übererheblichkeit und „Ausschließlichkeit" in allen Handlungen kamen bei dieser Form der Insulinreaktion sehr deutlich zum Vorschein, wir konnten sie an den folgenden Tagen auch gleichsam experimentell isolieren. Wenn wir nämlich die Parole ausgaben, ihn unter allen Umständen sich selbst zu überlassen und, soweit angängig, keinerlei Notiz von ihm zu nehmen, war es fast immer möglich, die Unruhe auf ein äußerst geringes Maß zurückzuschrauben, ja, sie schließlich völlig aufzuheben. R. ließ die Auftritte nur noch erkennen, wenn einer der Pfleger in der Nähe seines Bettes war, er wälzte sich dann mehrfach über das Steckbrett, blieb mehrere Minuten über diesem hängen, ließ sich schließlich, wenn man sich vorher nicht zuwandte, auf den Boden fallen, wobei er sich jedoch nie die geringste Verletzung zuzog. Die gleichen Züge wurden aber auch darin deutlich, daß seine Krankheit immer mehr ein „ganz besondere, seltsame, und unverstandene" wurde, die er „ganz allein in dieser Klinik habe". Auch bei ihm hatte überdies die tägliche Verabreichung von Luminal keine allzugroße Wirkung auf diesen Verlauf ausüben können, wenn es auch nach mehreren Luminaltagen gelang, eine müde, abgebremste und verdöste Stimmung zu erreichen. Nur über den Inhalt „seiner Krankheit" war Rapport möglich. R. war dann vollkommen zugewandt, überlegen. Mehrfach hatten wir innerhalb der Hgl. in den dem eigentlichen Schock (Koma) kurz vorhergehenden Minuten das Gefühl, daß in guten Kontakt zu dem Pat. zu kommen sei — in diesen Minuten war aber der Rapport schon weitgehend unmöglich, die Persönlichkeit des Pat. gleichsam erloschen und nur noch jene Strebungsbündel spürbar, die als Vitaleffekte, Triebe und letzte Lebensäußerungen des Pat. anzusehen waren.

Mehrfach hat R. auch kurz nach der Unterbrechung des Schocks (Komas) die Äußerung getan, daß „es sich bessere", daß er

„traumlos geschlafen habe, sich gut fühle“, mehrfach zeigte er an diesen Tagen auch kurz nach der Unterbrechung ein lenkbares, geordnetes einfügsames Verhalten. Nachmittags bot er aber stets das bekannte Bild in unveränderter Art. In dieser Zeit lehnte er auch jede Teilnahme an der Arbeitstherapie grundsätzlich ab, „weil es die Heilung in Frage stellen würde, es sei alles sehr unsicher in ihm, es können leicht alles wieder nach hinten fallen“. Im übrigen äußerte er sich innerhalb der Hlg. ähnlich wie unsere anderen Patienten: „Ich kann gar nicht mehr, was kommt jetzt bloß dran — ich weiß gar nicht mehr — ich bin ganz durcheinander —“, wodurch uns ebenfalls bewiesen ist, daß die Therapie selber für den Mißerfolg nicht verantwortlich gemacht werden kann; denn sie hat unverkennbar auch in diesem Fall die gleiche Auflockerung bewirkt, wie sie dies in allen anderen Fällen getan hat.

Daß wir die Behandlung des Pat. am 23. 10. ergebnislos abbrechen mußten, scheint uns auch hier darin begründet zu sein, daß die vorgegebenen Verhältnisse in der Intensität und Durchschlagskraft der die Persönlichkeit ausmachenden Affekte und Triebe und ihre Einstellung unserem therapeutischen Vorgehen entgegenstanden. Wir müssen freilich bedenken, daß wir im vorliegenden Fall vielleicht auch eine neurotische Handhabung des u. U. Mitte Mai als abgelaufen zu betrachtenden schizophrenen Schubes, möglicherweise sogar der von uns ursprünglich angenommenen endogenen Depression vor uns haben und diese „Neurose“ auch die ausgesprochen demonstrativ-darstellerischen Erscheinungen innerhalb der Hgl. bedingt hat. Wir wollen aber, so interessant diese Aufgabe auch erscheint, an dieser Stelle auf eine eingehende Untersuchung verzichten; denn es kam uns schließlich bei der Darstellung dieses Falles im wesentlichen nur darauf an, nachzuweisen, daß für den Erfolg der Therapie nicht nur das Verhalten des schizophrenen Grundprozesses selbst, nicht nur die Begegnung zwischen frischem Prozeßnachstadium und der Therapie, sondern auch die charakterliche Struktur des Patienten von Wichtigkeit ist. Ob wir das Verhalten unseres Pat. Fritz R. auf seinen primär gegebenen prämorbiden Charakter selbst, auf einen prozeßbedingten Persönlichkeitsabbau oder auf eine in der Persönlichkeit gegebene neurotische Einstellung zurückführen wollen, ist dabei nur von untergeordneter Bedeutung, da wir in unseren Fällen Gottfr. H. und Heinz W. bereits darauf hingewiesen haben, daß sich innerhalb der Therapie die Defektpersönlichkeit wie eine primär gegebene verhält. Eine über die „fixierten Einstellungen“ (*Berze*) hinausgehende Auflockerung hat sich uns dort ja als unmöglich erwiesen.

In den von uns gleichsam zur Prüfung der an den Fällen 1—5 erkannten psychopathologischen Mechanismen der Insulinschockwirkung, die sich in weitgehender Übereinstimmung mit *Kronfeld* und *Sternberg*, *Zoltan* und *v. Pap* u. a. befinden, herangezogenen Fällen 6—9 unserer Kasuistik haben sich diese als richtig erwiesen. Wir sahen auch in ihnen die auflockernde Wirkung des einzelnen Insulinstoßes am Werke, mußten bei Gottfr. H., Heinz W. und Fritz R. aber erkennen, daß diese Auflockerung anscheinend nicht an den im länger bestehenden schizophrenen Defekt gleichsam viel fester und unelastischer gewordenen innerpsychischen Verstrebungen angreifen konnte. Diese erwiesen sich innerhalb der Defektpersönlichkeit in Übereinstimmung mit den bisherigen Ansichten (*Berze*, *Müller*, *Schneider* u. a.) als viel enger und komplexer gebunden, als sie es in einer Normalpersönlichkeit sind. Eine Rückführung der einmal über längere Zeit hinweg schizophren veränderten Persönlichkeit in ihren Zustand vor Einsetzen der Psychose überhaupt, also auf das vor dem 1. Schub natürlich gegebene Niveau scheint danach (auch innerhalb der Hgl. selbst) ausgeschlossen zu sein, und wir können uns an Hand unserer Untersuchung die von *Sakel* (28) mitgeteilte Beobachtung, daß mehrere seiner Fälle von den Angehörigen als „besser" als vor Ausbruch der Psychose bezeichnet werden, nicht erklären. Andererseits scheint uns freilich auch der Hinweis notwendig zu sein, daß u. U. auch eine Defektheilung von den Angehörigen als Besserung verstanden werden kann; denn ohne die *Sakel*sche (28) Mitteilung in Zweifel zu ziehen, ist es durchaus möglich, den von ihm mitgeteilten Fall Frl. S. (Fall 1 seiner Monographie) in dieser Weise zu verstehen. Wenn nämlich von den Angehörigen gesagt wird, daß die Patientin nach der Erkrankung „viel konzentrierter, intensiver und ausgeglichener", gleichsam „gesetzter" geworden sei, während sie vor ihrer Erkrankung als reizbar und labil geschildert wurde, so kann der Verlust dieser Reizbarkeit und Labilität zwanglos aus einem leichten schizophrenen Defekt der naturgegebenen Persönlichkeit hergeleitet werden, sehen wir doch fast in jeder Defektpersönlichkeit die Möglichkeiten feinster Schwankungen und Empfindlichkeiten zurückgehen, die Persönlichkeit starrer, verfestigter und damit, sofern der Defekt nur klein genug blieb, konzentrierter werden. Wir haben eine solche Zunahme der Konzentration und Intensität der Persönlichkeit im Grunde schon in dem „Ausreifungsprozeß" unseres Pat. Ludw. R. vor uns, begegneten ihr bei Gottfr. H., Heinz W., Johannes K. und fast allen anderen. Eine Wertung menschlicher Verhaltens- und Reaktions-

formen wird zudem, soweit sie die Differenzierung gesund oder krank überschreitet, immer relativ sein.

Was den Prozeß der „Ausreifung“ anbetrifft, so hat sich dieser für uns nahezu zwangsläufig aus der psycho-pathologischen Wirksamkeit des Insulinschocks ergeben; daß in dem einen oder anderen Fall eine lebensgeschichtliche Nachwirkung der überstandenen Psychose mitzuwirken scheint, kann bei derart komplexen Geschehnissen, wie es die Sammlung und Verarbeitung menschlicher Erfahrungen darstellt, u. E. weder ausgeschlossen noch, von Einzelfällen abgesehen, bewiesen werden. Wir möchten jedenfalls — und glauben, dies an unseren Fällen deutlich gemacht zu haben — in der „Ausreifung“ nicht mehr als die Überwindung der täglich in der Hgl. gesetzten und bis in die Abendstunden hinein wirksamen Auflockerung aller innerpsychischen Tendenzen, der bewußten und unbewußten, der gegenwärtigen und verdrängten, ethisch bejahten und verneinten Triebe, Affekte und Erfahrungen sehen, deren so oder so gefügtes Gesamt letztlich das Wesen seiner Persönlichkeit bestimmt. Daß wir die Phänomene des Rhythmus, Tempos und aller neuro-vegetativ regulierten Mechanismen dabei nicht ausschließen, wollen wir ausdrücklich betonen.

Darüber hinaus haben wir an unseren Fällen 6—9 nachzuweisen versucht, daß die primär gegebene Persönlichkeit, womit in diesem Falle auch die vor Ausbruch des zur Insulinschocktherapie führenden Schubes gesetzten länger bestehenden schizophren schon vorveränderten Persönlichkeiten gemeint sein müssen, bei Ablauf und Erfolg der Insulintherapie nicht gleichgültig ist (siehe auch *Kronfeld* und *Sternberg*). Wir glauben einsichtig gemacht zu haben, daß sowohl eindeutig sthenische wie völlig passiv-autistische und demonstrativ-hysterisch oder neurotisch bestimmte Charaktere nicht nur eine Sonderform der Einzelreaktion bedingen, sondern darüber hinaus auf den Gesamtverlauf des Heilungsversuches von größtem Einflusse sind. Die Mitwirkung des von uns in seiner pathoplastischen Bedeutung bereits betonten Primärcharakters an Verlauf und Ausgang der Therapie dürfte auch an unseren Fällen 1—5 zu sehen sein, obwohl wir darauf verzichten müssen, den dort teilweise wesentlich versteckteren Einfluß gesondert zur Darstellung zu bringen. Zweifelsohne gelten für die Prognose einer Insulinschocktherapie die gleichen Momente, die *Mauz* (15) in seiner Prognostik der endogenen Psychosen für die Schizophrenie überhaupt aufgestellt hat.

Im Anschluß an die Darstellung des Heilungsverlaufes bei komplikationsloser Behandlung und der Wirkung der einfachen Hypo-

glykämie auf das klinische Momentanbild unserer Patienten wollen wir nunmehr über diejenigen Fälle berichten, bei denen **epileptische Anfälle** auftraten. Die mögliche Wirkung dieser Anfälle selbst ist von *Dussik* und *Sakel* (3) bereits in ihren ersten Publikationen betont worden — in Fall 3 ihrer Arbeit ist die Heilung ebenso nach einem Anfall in Erscheinung getreten, wie wir dies bei unserem Fall Rich. G. beobachten konnten — doch ist, worauf wir schon hier hinweisen möchten, der bisher gesuchte pathophysiologische Wirkungsmechanismus des epileptischen Anfalles noch schwerer zu finden, als dies für die heilende Wirkung der Insulintherapie schlechthin gilt. Notwendig erscheint uns, an die Beobachtung *Georg Müller*s (20) zu denken, der die Remission nach epileptischen Spontananfällen schon 1930 beschrieben hat, eine Beobachtung, die ja in der theoretischen und biologischen Begründung der Cardiazoltherapie *v. Medunas* (21) eine gewisse Rolle spielt. Daß die klärende Wirkung des epileptischen Anfalls daher kaum an das „auslösende Moment" des Anfalls gebunden sein kann und nicht dem Medikament, sondern dem Anfall als solchem zugeschrieben werden muß, läßt sich schon aus diesen Gründen vermuten. Andererseits ist freilich auch daran zu erinnern, daß *Georgi* (42) in zwei seiner Fälle nach Cardialzolprovokation epileptischer Anfälle nur eine sich auf Stunden bis Tage erstreckende Befreiung der Patienten von psychotischen Erscheinungen sah, daß der zunächst schlagartig aufgegangene Vorhang nach dieser Frist wieder herabfiel, jeder Zugang zur Persönlichkeit des Kranken erneut versperrt war und daß *Georgi* diese Beobachtung auf „das Fehlen der hormonalen Komponente" in der Cardiazolmedikation zurückführen möchte.

Wir werden uns dieser Beobachtung gerade bei unserem Fall Friedr. G. erinnern müssen; denn obwohl der Anfall bei ihm während des Insulinschocks eintrat, sahen wir auch hier nach einigen Tagen die zunächst schlagartig eingetretene Befreiung nach Wiederaufnahms unserer Therapie (und um ein geringes schon vorher) zurückgehen und die endgültige (Defekt-)Heilung jenen Mechanismen folgen, die wir in unseren übrigen Fällen beobachtet haben.

Fall 10: Friedr. G., 49 Jahre, Werftarbeiter. Es handelt sich hierbei um einen Pat., der einen nicht sicher nachweisbaren 1. schizophrenen Schub wahrscheinlich in seinem 22. Lebensjahr überstanden hat und seither sehr einspännig und autistisch gewesen ist. Er war „immer sehr stolz darauf, daß er gute Zeugnisse erhielt", obwohl ihn die Zeugnisse nicht weiter gebracht haben.

Der jetzige Schub ist in Erscheinung getreten, als er nach einem schweren Betriebsunfall mit 9 monatigen Krankenhausaufenthalt die Arbeit wieder aufgenommen hat. Es ging den 1. Tag gut, schon am 2. fühlte er sich beein-

flußt, unwohl, unsicher, stellte überall eine „entsetzliche Luft" fest, fühlte sich beobachtet, hörte Stimmen und glaubte mehrmals, daß er mit Gas vergiftet werden sollte. Dabei entwickelte sich zunehmend eine paranoide Einstellung vor allem den Arbeitskameraden gegenüber, die ihm alles „zum Schur" taten, Bemerkungen machten, daß „es morgen losgehen sollte", usw. Von einer Stimme war ihm auch verboten worden, mit irgend jemanden im Betrieb zu reden, so daß er sich ganz isoliert und fremd erschien. Wegen eines Suicidversuches kam er bei uns am 23. 8. voller Beeinträchtigungsideen, gespannt und unruhig zur Aufnahme.

Wir haben am 30. 8. die Insulintherapie begonnen — wobei er schon am 1. Tag (20 E. I.) einen Einbau der Behandlung und des Klinikaufenthaltes in seinen paranoischen Wahn erkennen ließ; er hörte innerhalb der Hgl. wieder Stimmen, sagte: „Was ist denn das? Sie meinen wohl, ich höre das nicht — Mir den Kopf abreißen? Das könnte Ihnen passen! Kommt ihr nur her — ich wills euch schon beibringen!". Ich bin doch nicht krank — Warum soll ich denn umgebracht werden?" usw. — Er hat dann auch die Nahrungsaufnahme verweigert, obwohl er ständig über Hunger klagte. Es käme gar nicht in Frage, daß er unser Essen nähme, er wisse ganz genau, weshalb er ein Sonderfrühstück bekomme, es sei heute sein letzter Tag usw. Er verlangte an diesem Tage — auch außerhalb der Hgl. — mehrfach, daß man „ihn vor ein ordentliches Gericht stellen und aburteilen solle". Dabei läßt er immer eine deutliche Ambivalenz erkennen, die im Laufe der nächsten Behandlungstage immer deutlicher wird, so daß der Verf. zunächst durchaus das Bild unserer anderen Patienten erkennen läßt. Außerhalb der Hgl. bildet sich zunehmend eine sehr deutliche Läppischkeit aus — er läuft den ganzen Tag mit einem Gesicht herum, als ob er den Stein der Weisen gefunden habe und über alles orientiert sei. Auf der Station fühlt er sich ständig durch das Verhalten der anderen Patienten gereizt, behauptet, daß man ihm das Essen wegnehme, sein Bett in Unordnung bringen, überall etwas hinwerfe, um ihn „zum unordentlichen Menschen" zu machen.

Nach dem am 14. 9. (130 E. I.) erstmalig auftretenden Koma ist er deutlich verwirrt, aphasisch nach kurzer Zeit in die Haltung zurückgefallen, die er an den bisherigen Tagen gezeigt: läppisch, hoheitsvoll, überlegen und kindisch.

Am 15. 9. (130 E. I.) nach 50 Minuten Koma epileptischer Anfall, nach dessen Abklingen die Hgl. mit 170 ccm 40% Traubenzucker i. v. unterbrochen wird. Danach plötzlich ansprechbar, verwirrt, aphasisch, äußerst affektlabil — doch tritt eine zunehmende Restitution im Verlauf der nächsten Stunde ein. Er steht etwa nach 90 Minuten auf, ist geordnet, locker, zugänglich und affektiv nahezu unauffällig. Die Läppischkeit der letzten Tage ist fast völlig verschwunden, ebenso die Überlegenheit. Er erklärt jetzt alles, was er früher gesagt habe, für Unsinn: Daß die Leute die Zigarretten auf die Blumentöpfe taten, haben sie nicht gemacht, um ihn zu ärgern, sondern weil sie zu faul gewesen seien, zum Aschbecher zu gehen. Daß man immer auf seine Beine gesehen hat, machten sie, weil er noch am Stock ging. Der Gasgeruch habe vielleicht an ihm selber gelegen, es hätte ja niemand einen Anlaß gehabt, gegen ihn vorzugehen. Wenn das einer machen wolle, müsse der ja verrückt sein. Dabei besserer Kontakt als bisher — seiner ganzen Lebensgeschichte und präpsychotischen Persönlichkeit gemäßer.

Wir haben wegen einer Benzindermatitis an der Injektionsstelle die Behandlung danach bis zum 20. 9. aussetzen müssen, der Pat. hat an diesen Tagen keine Verschlechterung erkennen lassen. Er ist gut moduliert, hat Kontakt,

seiner Psychose gegenüber Abstand. Sagt, daß er den Gasgeruch auch hier einmal gemerkt habe, es habe aber niemand außer ihm davon Notiz genommen; es sei damit wohl wie mit dem „Gift“, das er sich in Brot u. a. Speisen eingebildet habe. Wahrscheinlich sei sein Geschmack krank gewesen, er esse jetzt jedenfalls dieselben Sachen, ohne daß sie einen besonderen Geschmack hätten.

Der Vorstellung folgend, daß wir Pat. in seiner Besserung festigen müßten — Phase IV der *Sakel*schen Methode — und wegen der nach dem Anfall gebliebenen leichten affektiven Abartigkeit fühlten wir uns, um auch das letzte zu erreichen, veranlaßt, die Therapie am 20. 9. wieder aufzunehmen. Obwohl er dabei nach 120 E. I. nicht ins Koma kam und innerhalb der Hgl. kaum wesentliche Erscheinungen bot, hat er am Nachmittag wieder die alte Läppischkeit erkennen lassen. Eine Exploration haben wir aus Rücksicht auf psychische Labilität (psychische Noxe!) nicht vorgenommen, mußten aber dessen ungeachtet feststellen, daß er im äußeren Erscheinungsbild zunächst einmal all das wieder zeigte, was er im Anfall verloren hatte. Er gab den während der Benzindermatitis ausreichenden Kontakt wieder auf, wurde selbstunsicher, läppisch überlegen und beschäftigte sich schließlich auch wieder damit, überall herumzusuchen und irgendwelche sinnlosen Arbeiten zu machen. Doch wird dies jetzt nicht mehr darauf zurückgeführt, daß er „von anderen geärgert würde“, sondern darauf, daß ihm die Arbeit gut tue. Eindeutig ist die Begründung jedoch nicht, denn gleich hinterher fügt er demonstrativ hinzu: „Wenn die mich ärgern wollen, können sie's ruhig machen, ich mach mir doch nichts daraus.“ Pat. hat schließlich, dabei Parallelen zu unseren anderen Fällen zeigend, sich gegen die Therapie gewandt, weil er davon „so bedrückt werde und sich nicht recht mit den anderen unterhalten könne“.

In der Hgl. selbst ist er zu dieser Zeit nach wie vor ablehnend, wirklich gelockert und zugänglich nur eine kurze Zeit nach der Unterbrechung. Wesentlicher für seine allmähliche Besserung schien seine Teilnahme an der Arbeitstherapie zu sein, von der er am 5. 10. sagt, daß sie „außerordentlich gut tue — bei der Arbeit geht mirs am besten — es würde wohl besser sein, wenn ich nicht mehr in der Behandlung wäre“. Von den psychotischen Erlebnissen hat er spontan seither nicht mehr gesprochen, die kurz nach dem Anfall von uns notierte Stellungsnahme hat er intellektuell anscheinend nicht mehr aufgegeben, doch wurde je länger je mehr deutlich, daß es sich dabei lediglich um ein Verdrängtsein handelt. Sobald man danach zu fragen beginnt und an der Klarheit, daß es sich dabei „nur um Einbildung“ gehandelt habe, zu zweifeln anfängt, wird er sofort selbstunsicher, verlegen, ängstlich und ausweichend.

Wir haben die Therapie schließlich am 9. 10. abgesetzt, weil sich keinerlei Veränderung des Pat. mehr zeigte. Er wurde nach einiger Zeit entlassen, war dabei affektiv noch nicht wieder völlig hergestellt, ein etwas komischer, über sich selbst belustigter Sonderling, sonst aber unauffällig. Es ist kein Zweifel, daß uns die völlige Überwindung der schizophrenen Affekstörung nicht gelungen ist.

Wir haben es hier, im ganzen mit einer Beobachtung zu tun, die in ihrem Mechanismus den *Georgi*schen Fällen entsprechen dürfe. Der akut schizophren in die Behandlung genommene Patient hat in den ersten 14 Tagen die übliche Entwicklung gezeigt, dann aber schlagartig eine Befreiung, die mehrere Tage anhielt, aber schließlich völlig verschwand, als wir ihn erneut unter Insulinwirkung

setzten. Am Medikament dürfte also der Rückfall auch bei den *Georgis*chen Fällen nicht gelegen haben, vielmehr möchten wir glauben, daß es sich hier um die psychopathologischen Folgen des Anfalles selbst handeln muß. Daß die Schizophrenie bzw. der Grundprozeß im vorliegenden Fall (und, wie wir annehmen möchten auch in denen *Georgis*) noch andauerte, ist schon deshalb anzunehmen, weil wir uns sonst das Wiederauftauchen schizophrener Symptome nach mehreren Tagen völligen Freiseins nur durch die Annahme eines erneuten Schubes vorstellen könnten. An dieser Stelle sei an die Diskussion erinnert, die an die Feststellung der akuten Verschlimmerung bei unseren Fall Henry H. angeschlossen wurde, und möchten jetzt noch hinzufügen, daß wir auch dort die Besserung zunächst auf die Wirkung des epileptischen Anfalls zurückführen wollten. Während wir aber bei Friedr. G. in Übereinstimmung mit Fall 3 von *Dussik* und *Sakel* (3) sowie denen *Georgis* (42) nach dem Anfall eine schlagartige Befreiung der Patienten beobachteten, die sich an den folgenden Tagen verlor, hatten wir bei Henry H. zunächst zwar auch eine schlagartige Besserung vor uns. Dann aber — nach wiederholten Insulinschocks — hob sich das Niveau während zweier Wochen allmählich, um schließlich schlagartig wieder zusammenzubrechen. Die Annahme eines wiederaufflammenden Grundprozesses scheint bei Henry H. deshalb zwingend.

Aus diesem Verlauf möchten wir den Mechanismus der Wirkung selbst zu entwickeln suchen. Wir sind uns darüber klar, daß, wie *Zoltau* und *v. Pap* (31) feststellen, „Theorien.... nicht immer gleich Erklärungen" sind, glauben aber, daß sie ihre Aufgabe dann schon erfüllen, wenn es mit ihrer Hilfe gelingt, sich über den Zusammenhang phänomenologisch nicht weiter rückführbarer Erscheinungen ein einsichtiges und die Erscheinungen selbst näherbringendes Bild zu machen. Unter diesen Voraussetzungen und trotz der schlechthinnigen Fragwürdigkeit einer Übertragung normalpsychologischer Mechanismen in die Psychopathologie und Klinik der Schizophrenie möchten wir zur Deutung der Wirkung eines epileptischen Anfalls auf die Psychose auf die analogen Erscheinungen aufmerksam machen, die bei Ausbruch einer wie immer gearteten Katastrophe beobachtet werden können. Die tausenderlei kleinen und persönlichen Schwierigkeiten des einzelnen werden dabei zunächst eliminiert, Probleme und Aufgaben beiseite gedrängt, die vorher der Lebensführung des Individuums ihren Stempel aufgedrückt haben, das Leben während der kommenden Stunden, Tage und Wochen völlig unter die Nachwirkung

der Katastrophe gestellt, und erst, nachdem diese von der „heilenden Wirkung der Zeit“ und den Mechanismen des Vergessens betroffen wurde, pflegen sich jene kleine und persönlichen Schwierigkeiten wieder einzustellen, die zunächst völlig aufgehoben waren. Das Niveau auch dieser „Befreiung“ liegt wie das der befreienden Wirkung des epileptischen Anfalls kurz nach der Katastrophe am höchsten, und wir möchten deshalb glauben, daß man, um sich ein Bild vom Wirkungsmechanismus des epileptischen Anfalls auf die Schizophrenie zu machen, auf diesen „außerbewußten Mechanismus“ (*Jaspers* (34) um so unbesorgter zurückgreifen sollte, als wir auch sonst normalpsychologische verstehbare Mechanismen (Absättigungsdrang, Erklärungs- und Rückführungsbedürfnis des Menschen) im Bereich der sekundären Schizophreniesymptome feststellen können.

Wenn wir die Wirkung des epileptischen Anfalls so auf die intensivste Bedrohung unseres Patienten schlechthin zurückführen möchten und glauben, daß von da aus eine vorübergehende Verdrängung der schizophrenen Symptome und vielleicht sogar des Grundprozesses statthaben kann, so wird auch einsichtig werden, weshalb gerade in diesem Stadium“ ein geeignetes psychotherapeutisches Verhalten des Arztes ... dem Pat. die Kur wesentlich erleichtern kann“ (*v. Meduna* (23), wobei freilich der letzte Erfolg auch hier vom Verhalten des Grundprozesses selbst abhängen dürfte, dessen Unbeeinflußbarkeit mit den bisherigen Mitteln der Therapie schon festgestellt ist.

Von wie entscheidender Bedeutung Dauer und Abklingen des Grundprozesses für den therapeutischen Erfolg ist, können wir wohl gerade aus einem Vergleich der eben erwähnten Heilungsverläufe mit dem folgenden erkennen, bei dem der epileptische Anfall schon am 2. Insulintag (40 E. I.) auftrat und eine so gute Wiederherstellung des Pat. bewirkte, daß wir retrospektiv die Behandlung hätten absetzen können. Gerade bei ihm freilich hatte schon vor Beginn der Therapie der Eindruck bestanden, daß der Pat. eben in das frische Prozeßnachstadium eingetreten war.

Fall 11: Josef R., 39 Jahre, Fabrikarbeiter. Pat. ist als uneheliches Kind geboren. Namen und Lebensumstände des Vaters sind unbekannt. In der Familie der Mutter ist keine Belastung eruirbar.

Die Kindheitsentwicklung ist ohne Besonderheiten. Sein Verhältnis zu Eltern, Schule und Spielkameraden soll sich in den üblichen Bahnen bewegt haben. Die Schule besuchte er mit ausreichendem Erfolg. Er hatte schon immer einen Drang nach oben in sich gefühlt, er wollte Maschinenbauer werden, mußte aber als Laufbursche und Bürohilfe beginnen. Am Weltkrieg hat er von Anfang bis Ende teilgenommen, obwohl er 1916 mehrere Verwundungen erlitten hatte (Durchschuß am linken Oberarm, Lungensteckschuß, Verschüt-

tung). Nach dem Krieg ist er zunächst als Schaffner bei der Hochbahn gewesen, 1921 als Hilfswachmeister bei der Polizei eingetreten. In dieser Zeit scheint er erstmals psychotische Veränderungen erlitten zu haben. Während einer längeren Untersuchung wegen Paßvergehens, in die er unschuldigerweise einbezogen wurde, ist er „sehr verändert" gewesen und hat auch danach immer wieder paranoische Einstellungen erkennen lassen. 1929 ist er nach einer Affektion des rechten Oberlappens als Wachtmeister ausgeschieden, gibt aber eigenartigerweise an, daß er sich deshalb um etwas anderes bemüht habe, „weil die Kollegen ihm im Dienst etwas andrehen wollten" und er nicht über Schwitzen, sondern auch über Kopfschmerzen und wechselnde Stimmung zu klagen hatte. Nach mehrfachen Versuchen, sich als Grünwarenhändler selbständig zu machen, ist er seit 1934 als Maschinenarbeiter in einer Fabrik für Verbandstoffe tätig gewesen.

Von seiner Frau (die ihn seit 12 Jahren kennt) wird er als „schon immer verschlossen, grüblerisch und mißtrauisch" geschildert; er soll sich nur schwer angeschlosen und nie Freunde gehabt haben, habe aber immer gute Kameradschaft gehalten und diese „sehr ernst und verantwortungsbewußt" getragen. Er sei überhaupt immer mit extremer Gründlichkeit und Sorgfalt vorgegangen, ein Muster an Zuverlässigkeit gewesen und während der letzten Jahre völlig in seiner Häuslichkeit und Familie aufgegangen. Die autistischen Züge hätten dabei in den letzten Jahren zugenommen, er sei seit längerem überhaupt nicht mehr aus sich herausgegangen, habe immer gelesen und höchstens einmal gute Musik angehört.

Der jetzt vorliegende Schub einer schizophrenen Erkrankung wurde im Anschluß an eine objektiv nachgewiesene Benachteiligung bei der Akkordlohnverrechnung bemerkbar. Obwohl Pat. dabei zufriedengestellt wurde, ist er immer tiefer in eine paranoische Haltung abgeglitten, fühlte sich von allen bedroht, verfolgt und beeinflußt, man wollte ihn aus dem Betrieb heraushaben, tuschelte über ihn, machte Bemerkungen, als ob man etwas gegen ihn vorbereite, so daß er schließlich die Arbeit am 25. 8. 37 aufgegeben hat. Zu Hause wurde er immer unsicherer und ängstlicher, hat ständig vor sich hingebrütet, nicht mehr geschlafen und auch nicht mehr essen wollen. Er fühlte sich ständig von der Nachbarschaft beobachtet, hörte, daß man ihn immer „einen gemeinen Schuft" nannte, daß ihm die Arbeitskollegen die Fenster einschlagen wollten, verbarrikadierte sich in der Speisekammer und war ständig bereit, sich seiner Feinde mit Gewalt zu erwehren.

Seit dem 7. 9. ist er dann ständig im Bett geblieben, behauptete, daß er nicht mehr laufen könne, und fiel, wenn er aufgesetzt wurde, immer gleich wieder in die Kissen zurück. Dabei schlug er fast jedesmal mit großer Gewalt gegen die Wand. Er hat sich in dieser Zeit um nichts mehr gekümmert und unaufhörlich von seinen Verfolgern gesprochen. Mehrfach hat er die von ihm „erlauschten" Gespräche seiner Verfolger notiert und seine Frau mit dem Zettel zur Polizei schicken wollen. Als die mit dem Polizeiarzt zurückkam, sei es ganz aus gewesen. Er habe von da bis zur Aufnahme in Eppendorf überhaupt keine Gedanken mehr gehabt.

In der neurol. Klinik hat er sich ständig verfolgt gefühlt, er hörte, wie sich die Pfleger darüber unterhielten, ihm Gift in das Essen zu tun, daß man seine Frau quälte und umbringen wollte, daß sie ihn immer von der Decke her um Hilfe rief. Er wurde dort mehrfach aggressiv und versuchte zu flüchten, so daß er schließlich an uns überstellt wurde. Körperlich o. B.

Bei der Aufnahme in unsere Klinik ist R. ängstlich und gespannt, sagt, daß er nirgends Ruhe finden könne, weil man hinter ihm her sei, daß er von

den Arbeitskameraden verfolgt werde, und verlangt dringend Ruhe, um sich mit seinen Verfolgern auseinandersetzen zu können. Er macht dabei einen ausgesprochen affektarmen, schwunglosen Eindruck, ist autistisch, kaum zu fixieren, kontaktunfähig und ständig mit seinen Wahnideen beschäftigt. Er könne seit einem Jahr schon schlecht hören, das sei immer schlimmer geworden, jetzt habe er außerdem heftige Schmerzen im Hinterkopf, in dem alles durcheinandergehe. Er wolle endlich mal ausschlafen, um den Kampf gegen seine Verfolger siegreich bestehen zu können.

Während er zunächst an den folgenden Tagen noch akut halluziniert, seine Verfolger im Garten sieht, die die Hilferufe seiner Frau aus den Wänden hört, allmählich immer deutlicher überlegen wird — man könne ihm schließlich nichts mehr vormachen, da er ja alles durchschaut habe — und geheimnisvoller zu tun beginnt, nicht aufstehen kann, am 9. 10. angibt, daß der Kopfschmerz von einer Hirnschwellung herkomme und das Gehirn schon aus den Ohren herausquelle, stellt sich am 11. und 12. 10 eine deutliche Beruhigung ein. Er spricht jetzt wieder mit seiner Frau, versucht ihr klarzumachen, weshalb alles so verändert sei, steht am 12. 10. spontan auf, wünscht am Nachmittag, in den Garten zu dürfen, ist danach freundlich zugewandt und spricht jetzt nicht mehr davon, was momentan geschieht, sondern nur noch davon, daß dieses und jenes so und so gewesen sei. Am 13. 10. gibt er dann an, daß er sich hier sicher fühle, er wolle aber bald entlassen werden, um die Geschichten wieder in Ordnung bringen zu können, hilft heute bei den Hausarbeiten, bleibt dabei freilich noch häufig stehen, weiß nicht, was er machen wollte, klagt dann über Kopfschmerz. Die Nahrungsaufnahme ist inzwischen wieder normal geworden. Er hat dessen ungeachtet noch keinen Kontakt wieder gefunden, ist versonnen, nachdenklich, affektflach und leer. An der Realität seiner Ideen zeigt sich keinerlei Zweifel. Er verweigert am 19. 10 jegliche Auskunft, spricht unaufhörlich davon, daß man ihn aus der Fabrik getrieben habe und er nicht wisse, was nun werden solle. Schließlich fragt er, warum er hier noch festgehalten werde, die Kopfschmerzen seien verschwunden, er sei jetzt gesund und wolle entlassen werden. Dabei ist er affektflach antriebsarm, zwischendurch ablehnend erregt und völlig vorbesetzt. Gespräche über indifferente Unterhaltungsstoffe schlafen nach wenigen Minuten ein. Er läßt jetzt im ganzen das Bild eines werdenden Defektes erkennen.

Wir beginnen am 20. 10. mit der Insulinschocktherapie und geben ihm heute 30 E. Im Verlauf der Hgl. fühlt er sich zunehmend matt und müde werden, klagt nach 1 Stunde, daß man ihn nicht verstehe (Voraussetzung dieser Äußerung scheint der Kontaktwunsch zu sein), daß man ihn für krank halte, seine Verfolger laufen lasse, wird, wenn man ihm nicht widerspricht, zugänglich, freundlich, läßt sich aber noch wenig beeinflussen. Schließlich weigert er sich, das Zuckerwasser zu trinken, er findet das Ganze unverständlich, weiß nicht, was es bedeuten soll, usw. Er ist nach der Unterbrechung schlapp, asthenisch, bleibt im Bett, muß schließlich da er unter keinen Umständen aufstehen will, in den Wachsaal gebracht werden. Er ist völlig von den Klagen über seine körperliche Schwäche besetzt, dabei zugänglich, zugewandt, im ganzen aber ablehnend.

Am 21. 10. tritt nach 40 E. am Ende der ersten Insulinstunde ein epileptischer Anfall auf, der nur von den Pflegern gesehen und wie folgt beschrieben wird: Pat. hatte um 7,05 einen Anfall, der mit kurzem, lautem Aufschrei begann, Arme und Beine waren gestreckt, wobei der Körper nach r. drehte. Die Augen waren weit geöffnet. Pupillen nach oben gerichtet, reaktionslos auf

Lichteinfall. Starker Speichelfluß, leichter Zungenbiß, blaue Gesichtsfarbe. Nach ca. 50 Sek. lockerten sich die Glieder, und es folgte ein leichter Schüttelkrampf. Nach ca. 120 Sek. setzte die Atmung langsam und tief ein, so daß Pat. jetzt 200 g Dextropur per Sonde erhalten konnte, worauf Pat. nach 5 Minuten ansprechbar war. — Als er kurz danach von Ref. beobachtet und untersucht wurde, zeigte er sich noch deutlich benommen, desorientiert, verwirrt, war aber vollständig zugewandt, aufgelockert, affektreicher als bisher trotz der noch deutlichen postepileptischen Benommenheit. Er war jetzt vollständig einsichtig, von schizophrener Abkapselung und Isoliertheit war nichts zu mehr merken. Der Autismus des Pat. war in der organisch bedingten Hilflosigkeit und Hilfsbedürftigkeit vollständig zusammengebrochen. — Pat. ließ dabei deutliche Wortfindungsstörungen erkennen, er gab zwar die Hand, konnte aber nicht „guten Morgen" sagen, obwohl es ihm vorgesprochen wurde — einen Bleistift umschrieb er „zum Schreiben", den Perkussionshammer durch Gesten usw. Eine eingehende Durchuntersuchung wurde unterlassen, weil Pat. dabei sehr affeklabil war und zu weinen begann. Die amnestische Störung war aber bis gegen 9,20 deutlich zu machen. Er ließ gleichzeitig eine retrograde Amnesie für die Zeit bis zum Morgen des Vortages erkennen. Obwohl er nämlich am vergangenen Nachmittag (Mittwoch) den Besuch seiner Frau hatte, freute er sich darauf, daß diese heute kommen würde, wußte nicht, daß er gestern und heute eine Spritze bekommen hatte, nicht, wie er in diesen Saal gekommen sei, usw. — Plötzlich gab er etwa 9 Uhr eine Schilderung seiner psychotischen Erlebnisse, während der er sich affektiv unauffällig und frei zeigte, als ob es sich um weit zurückliegende Ereignisse handelte. Er sagte etwa: „Denken Sie nur, daß man mich in Eppendorf umbringen wollte, daß man meine Frau gequält hat, weil sie ein Antikonzeptionsmittel gebraucht hat — ich möchte bloß wissen, wo die das herhaben, ich hab es doch keinem Menschen erzählt —— Es ist bloß gut, daß das jetzt (im Betrieb) abgestellt ist, jetzt haben wir eine viel schärfere Kontrolle bekommen, jetzt kann das (mit dem Betrug) nicht mehr passieren." Als ihm gesagt wird, daß nun alles gut werden würde, fragt er: „Meinen Sie wirklich?" Einige Zeit später: „Vielleicht ist es besser, wenn man auf diese Dinge einfach vergißt." — Er läßt dabei deutlich erkennen, daß er sich ganz in die Hand des Arztes gegeben hat, und an dessen Führung den Aufbau seiner Persönlichkeit vornimmt. — Er ist auch am Nachmittag frei, zugänglich, in ausreichendem (etwas geringem) Kontakt und läßt auch jetzt die ambivalente Haltung zu seiner Psychose erkennen.

In der Hgl. des nächsten Tages, die bei 35 E. nicht zum Schock führt, zeigt er sich zwar nachdenklich, aber völlig frei von den Erscheinungen, die wir sonst bei unseren Patienten beobachten konnten. Er schildert sein Gefühl während dieser Zeit nach der Unterbrechung so, „als wenn man einen leichten Rausch hat", und sagt, daß er sich die quälenden Erlebnisse vielleicht nur eingebildet habe, er können sich ja nicht recht darüber klar werden, es komme ihm vor, als ob er sich getäuscht haben könnte, er habe ja schon immer auch etwas schwache Nerven gehabt", fügt dann aber gleich hinzu, daß er jetzt hoffe, bald gesund zu werden. In seinen Affekten und im Kontakt ist er jetzt frei, so daß er als remittiert gelten könnte.

An den nächsten Tagen stellt sich innerhalb der Hgl. die gleiche Auflockerung und Nachdenklichkeit ein, die wir bei unseren übrigen Patienten beschreiben konnten; er ist ängstlich, wünscht, daß man bei ihm bleibt, ruft nach seiner Mutter, sagt, es gehe ihm „gut", „fangen wieder von vorn an" — „alles vergessen, was wir gemacht haben" —, ist dann kurze Zeit später völlig apathisch,

bewegungslos, abgewendet, sagt schließlich einmal: „Ich bin schon tot", „Lassen Sie mich, ich bin so schwindlig, so kalt" — erholt sich aber nach der Unterbrechung ausnehmend schnell und sagt am 27. 10.: „das hat ja gar keinen Zweck, daß man darüber nachdenkt .— Ist ja noch alles Quatsch, das beste ist doch, man vergißt das. — Wenn Sie mich nicht danach fragen, denk ich ja gar nicht mehr an den Unsinn. — Es ist mir bloß unangenehm, daß ich deshalb gekündigt habe. — Wenn ich bloß wüßte, wie ich das machen soll, daß ich wieder eingestellt werde." Einige Tage später läßt er eine eine deutlich euphorische Haltung innerhalb und nach der Hgl. erkennen, lacht, reißt Witze, unterhält den ganzen Insulinsaal, sagt: „Ich bin doch so froh, daß ich wieder gesund und wieder an die alte Arbeit komme. Da muß man doch glücklich sein, Herr Doktor, wenn man so krank war und nun wieder gesund ist!"

Später sagt er, daß er sich wie „leicht beschwipst" erscheine, es gehe alles so leicht, er habe alles so im Tempo, er müsse immer Spaß und Freude machen.

Schließlich gibt er am 9. 11. — wir haben die Therapie am 6. 11. abgesetzt — an, daß er krank gewesen sei, er habe die Krankheit schon etwa 1 Jahr gehabt, am schlimmsten sei es kurz vor der Aufnahme in unsere Klinik gewesen, Er sei in der Zeit gar nicht mehr bei sich zu Hause gewesen, sei sich selbst fremd vorgekommen, hätte gar nicht mehr aus sich herausgehen können. Er sei jetzt sehr froh, weil er eingesehen habe, daß das alles gar nicht wirklich gewesen sei. Er habe das im Grunde schon damals nicht recht geglaubt, aber nicht davon abkommen können. — Er ist affektiv vollkommen frei, in ausgezeichnetem Kontakt, seinem Lebenslauf entsprechend, vielleicht etwas zugänglicher, als er nach der Schilderung seiner Angehörigen sein sollte (manische Nachschwankung?) Kurz danach entlassen.

Die sich aus einem ganzen Komplex von Tendenzen und Zufällen der psychotischen Entwicklung ergebende Wirkung des epileptischen Anfalls dürfte an diesem Falle besonders deutlich sein. Er stellt nahezu ein Experiment für die schon beschriebenen Spontanremissionen nach epileptischen Anfällen dar. Wir sehen nämlich einmal, daß der Grundprozeß selbst in diesem Fall eindeutig vor Beginn unserer Behandlung mindestens zum Stillstand gekommen war. Der Pat. suchte schon von sich aus Kontakt zur Umwelt (Wunsch, in den Garten zu dürfen, Teilnahme an der Hausarbeit usw.). Das psychotische Geschehen war „gewesen", Joseph R. beschäftigte sich mit dem Vergangenen, suchte nach Erklärungen, suchte — wie im Gespräch mit seiner Frau — eine gewisse Zwangsläufigkeit und Folgerichtigkeit darin herzustellen und richtete sich auf ein Kompromiß und eine die Erfahrungen der Psychose in sich hineinnehmende, „werdende" Defektpersönlichkeit aus, in diese Situation traf die Behandlung. Der Pat. sah sich plötzlich als Kranken behandelt, wo er doch gesund werden wollte, wurde in der Auflockerung der Hgl. ablehnend, weil er sich „unverstanden fühlte" empfand wohl auch, daß er nicht im richtigen Verhältnis zur Umgebung stand, wurde „schwerkrank", hilfsbedürftig, war jetzt ganz von dieser „Krankheit" die nicht an ihm lag, sondern

auf die Kur geschoben wurde, eingenommen, und hatte, wie wir annehmen möchten, die unverfänglichste Begründung für sein Verändertsein, nämlich die körperliche Krankheit, gefunden. Als nun der Anfall hierfür eine Amnesie setzte, die Persönlichkeit vollständig auflöste, der Pat. sich erst an Hand des Arztes ganz allmählich wieder in die Welt einbauen konnte, die affektive Nachwirkungen des an sich bereits abgeklungenen Grundprozesses durch den Anfall überdeckt und verdrängt wurde, stand er seiner Psychose gleichsam objektiv gegenüber, konnte sie viel besser und klarer intellektuell einer Kritik unterziehen. Gleichzeitig wurde aber die extreme Hilfsbedürftigkeit, die größtmögliche Zuwendung und affektive Bindung des Pat. an den Arzt überhaupt erreicht, er konnte dieses um so leichter auf die Mitpatienten ausweiten, als er von ihnen erst erfuhr, daß er einen Anfall gehabt hatte, sie sich eingehend und mitfühlend nach seinem Befinden erkundigten, er sich auch von außen her in die Welt wieder aufgenommen sah. Der Pat. konnte jetzt um so besser die Erledigung dieser Nachwirkung vornehmen, als er durch den ausgezeichneten Umweltkontakt und den Wandel, der sich zwischen Zustandsgefühl in und außerhalb der Hgl. vollzog, das Krankhafte der psychotischen Affektveränderung erkannte, und auch die pathoplastische Absättigung als unwirklich, als „Einbildung", „Täuschung" und krank erkannte. Es ist dabei selbstverständlich, daß wir all diese Dinge als sich im „Außerbewußten" abspielend ansehen müssen.

Wir möchten gerade hier eine Bemerkung *Zoltans* und *v. Paps* (31) aufgreifen und auch unsererseits meinen, daß eine endlose Behandlung nicht wünschenswert sein kann. Es dürfte empfehlenswerter sein, wenn sich nach etwa 20 Schocks (oder weniger) keine wesentliche Besserung zeigt, die Therapie auszusetzen, den Patienten genauestens zu beobachten und in dem Augenblick mit der Behandlung fortzufahren, in dem sich irgendwelche Anzeichen für das Zurückgehen des Grundprozesses gewinnen lassen.

Der schon von *Müller* (12) erwähnte Zusammenhang zwischen Gesundung und aufgelockerter, freudiger Stimmung ist auch bei R. in einer hypomanischen Nachschwankung deutlich, wobei wir für die Zeit nach der Unterbrechung und nach Beendigung der Kur eine Nachwirkung der durch den Insulinschock gesetzten Auflockerung annehmen möchten. Der allmähliche Rückgang dieser hypomanischen Stimmung würde dann als die gleiche Erscheinung zu betrachten sein, die wir in der „Ausreifung" sehen.

Ein Zusammenwirken der durch die Hgl. und den epileptischen Anfall gegebenen Heilmöglichkeiten konnten wir endlich in dem

Fall August F. erkennen, der ziemlich spät nach Ausbruch der Erkrankung in Behandlung genommen wurde und innerhalb der 19 Tage dauernden vorbereitenden Phase unter der Wirkung der Hgl. eine Überwindung der Psychose an Hand jener Mechanismen suchte, die wir bei unseren ersten Fällen herausgestellt haben. Schließlich traten bei 150 bzw. 130 E. I. an drei aufeinanderfolgenden Tagen epileptische Anfälle jeweils nach 50 Minuten des Komas in Erscheinung, nach deren letztem der Pat. aus der Therapie herausgenommen wurde. Er hat sich danach zwar nach wie vor als empfindlich und von paranoischen Zügen durchsetzt erwiesen, doch wurden diese schon prämorbid bei ihm beobachtet, so daß er schließlich als gute Remission entlassen wurde.

Fall 12: August F., 36 Jahre, Abteilungsleiter. Der Sohn einer Nichte soll „nervenkrank" und in einer Anstalt sein; Diagnose nicht bekannt. Übrige Familie o. B. Pat. selbst hat eine normale Kindheit gehabt, seinen Brüdern ist er aber von Anfang an unterlegen gewesen. In der Schule hat er sich ebensowenig durchsetzen können wie später im Beruf. Er ist immer für sich und schnell beleidigt gewesen, konnte den anderen die ganze Stimmung verderben. Er wäre am liebsten Landwirt geworden, weil das seiner Neigung am meisten entsprochen hätte, wurde von der Familie aber ins Kaufmännische gedrängt und sollte sich später selbständig machen. Er hat im Beruf immer Angst vor Verantwortung gehabt, ist immer selbstunsicher und ängstlich gewesen, bezog sehr leicht Dinge auf sich, die gar nicht auf ihn gemünzt waren. Er ist zuletzt bei Verwandten in guter Stellung gewesen, ohne sich auch da recht zu entfalten. In der Familie hat man immer Rücksicht auf seine Empfindlichkeit nehmen müssen, weil er sich sonst völlig zurückzog. Um Frauen hat er sich nur wenig gekümmert, Sexualverkehr hat er nur wenige Male im Bordell ausgeübt.

Er ist während der letzten 20 Jahre nie krank gewesen; erste ärztliche Behandlung Mitte 1936 wegen „Herzneurose", von der er sich nie ganz erholt hat. Im November 1936 wurde er auf eine andere Abteilung versetzt, die er reorganisieren sollte, doch ist es Anfang Dezember 1936 plötzlich nicht mehr gegangen. Er habe Streit und Unannehmlichkeiten mit Vorgesetzten und Untergebenen bekommen und hat die Arbeit eines Tages einfach verlassen, um von D. nach K. zu fahren und sich bei seiner Mutter erholen zu können. Im elterlichen Haushalt zeigte er sich ängstlich, von einer „unstillbaren" Unruhe geplagt, fühlte sich verfolgt und bedroht, untersuchte sämtliche Betten und Schränke und wurde bei Beruhigungsversuchen schließlich aggressiv, so daß er nach Köln-Lindenthal gebracht werden mußte.

Dort war er — Dez. 1936 — ängilich erregt, lief sinnlos hin und her, war zu keiner vernünftigen Antwort zu bringen. Er gab dann an, daß das Essen vergiftet sei, er fühle sich vom Nebenzimmer her beobachtet, müsse sterben, überall sei etwas gegen ihn im Werden, man wolle ihn umbringen, er wolle wissen, weshalb er im Gefängnis sei. Er habe Fehler im Geschäft gemacht, sei dafür aber nicht verantwortlich, weil sie ihm von anderen eingegeben seien, er glaube, daß sie im Geschäft etwas gegen ihn haben. Schließlich verteidigte er auch seine sexuelle Reinheit, er habe auch da keinerlei Schuld auf sich geladen. Er mußte dort auf die Unruhigenabteilung kommen und wurde zwei Tage später auf eine geschlossene Anstalt verlegt.

Von hier wurde er Ende Mai 1937 „gebessert" entlassen, ging auf das Gut eines Verwandten nach Mecklenburg und soll dort zunächst in keiner Weise auffällig gewesen sein. Mitte Juli sei er aber wieder unruhig geworden, habe verkehrte Antworten gegeben, habe nicht gewußt, was er machen solle, wollte auf keinen Fall in den Beruf zurückkehren. Wurde ängstlich, äußerte unverständliche Ideen, konnte an nichts mehr teilnehmen, verstummte und zog sich völlig zurück. Er wurde daher am 6. 8. in unsere Klinik aufgenommen.

Körperlicher und neurologischer Befund völlig normal.

Psychisch: ablehnend und gereizt, Bewegungen und Sprache extrem hastig, „nervöser", abgehetzter Eindruck, dabei affektflach, unruhig, um eine konventionell sichere Haltung bemüht.

Bei der Exploration bringt er ein ganzes Mycel von Beeinträchtigungs-, Beziehungs- und Verfolgungsideen zum Ausdruck, in denen die schon im Dezember 1936 angegebenen Ideen nach wie vor eine Rolle spielen, außerdem aber eine Unmenge neuer Ideen aufgenommen sind, die sich aus seinem Aufenthalt in Mecklenburg ergeben. Seinen jetzigen Zustand schildert er wie folgt: „Ja, da ist immer so viel Fremdes in mir. Da sag ich manchmal Sachen, die gar nicht von mir sind. Genau so, als wenn jemand anders durch mich redet. Und die andern wissen das schon immer vorher, was ich sagen will. In den letzten Tagen hatte ich das Gefühl, daß die alles von mir wußten. Was ich doch niemals erzählt hatte. Die schauten sich immer so seltsam an, und manchmal war es mir auch so, als ob die sich Zeichen machten. Es war mir auch so komisch, daß ich manchmal klatschnaß geschwitzt war im Bett, es war mir dann, als ob die neben mir . . . („Sexualverkehr?")... ich meine, ich habe mir gesagt, du bist jetzt schon ein paarmal hereingefallen, wenn die dich jetzt wieder foppen wollen, das läßt du dir nicht gefallen. Es war doch immer so, daß die mich ausgelacht haben. — — Ich hatte das Gefühl, daß mich meine Bekannten auf die schiefe Bahn bringen wollten. Die haben alle gesagt, ich sollte nun endlich mal heiraten. Das war ja immer so schrecklich mit den Mädchen. Was soll ich denn damit anfangen. Ich habe ja sowieso schon genug Dummheiten und Böcke gemacht. — — Sagen sie mal, — — ich habe immer das Gefühl, daß ich auch erst noch geprüft werden soll. Ich weiß ja gar nicht, ob ich nicht den Krebs habe. — Ich habe so viel Angst, daß ich dauernd in einer Anstalt bleiben muß. Man soll mich doch lieber umbringen."

In den ersten Tagen seines Aufenthaltes in unserer Klinik ist der Pat. zunehmend unruhiger geworden, seine äußere Beherrschung machte je länger je mehr einer inneren Rat- und Hilflosigkeit Platz, doch war diese Reaktion, wie die ganze Verschlimmerung, die in Mecklenburg in Erscheinung trat, wohl kaum als prozeßbedingt zu werten, sondern eher als eine schizophrene Reaktion auf der Grundlage eines abgeklungenen, nicht zur Remission gekommenen Schubes. Die bei einem Schub gleichsam zu fordernde Produktion neuer Wahninhalte, das Aktuelle des Prozesses (*Mauz*) und die fortschreitende Tendenz waren hier nicht zu beobachten.

Dieses änderte sich erst, nachdem er an mehreren Tagen der Wirkung der Hgl. unterworfen war, die er freilich von Anfang an ablehnte, weil er meinte, „man wolle ihn zum Aufhängen treiben". Überhaupt wurde schon in den ersten Tagen der Therapie die auflockernde Wirkung, die Rückführung der schizophrenen Welteinstellung auf den Grundprozeß bei ihm außerordentlich deutlich. Während er die Klagen und Beeinflussungsideen usw. von Mecklenburg und aus der Kölner Zeit sehr sicher und über jeden Zweifel erhaben vortrug, wurde innerhalb der schizophrenen Auswertung der Hgl.-Wirkung die schizophrene

Ambivalenz außerordentlich deutlich. Er begrüßt uns am 13. 8. beispielsweise mit „Heil Moskau", weil das der sicherste Weg sei, möglichst bald erschossen zu werden, ist dann heftig erregt, weil er einen Bettüberzug mit roten Webstreifen erhalten hat, meint, daß dies ein Zeichen dafür sei, daß mit ihm etwas Besonderes los sei — man solle doch kein Theater machen, der Klinikchef wisse ganz genau, was er mit seinem Bruder ausgemacht habe, es sei das beste, wenn man ihn gleich umbringen würde. Kurz darauf ist er dann sehr besorgt, wieder gesund zu werden, fragt ein um das anderemal, ob die Kur ihm nützen könne, er wolle gern wieder nach draußen kommen und wieder wie früher werden. Jeden wie immer gearteten Zuspruch nimmt er jetzt dankbar und sich aufschließend entgegen, nachdem er ihn kurz zuvor abrupt und gefühlskalt zurückgewiesen hat.

Er sucht dann, hier an unseren Pat. Ludw. P. u. a. erinnernd, seine Psychose gleichsam aus dem eigenen Bereich zu entfernen, gibt am nächsten Tage eine sehr umständliche Erklärung, wieso er „den religiösen Wortbruch seines Vaters zu büßen habe", läßt jetzt eine völlig neue Absättigung durch die mehrfachen Religionswechsel seiner Familie erkennen, weil er „darin den eigentlichen Grund für seine Krankheit gefunden habe". Schließlich läßt er ein paar Tage später auch diese „Absättigung" fallen und gibt jetzt an, daß er sich ganz auf „die Ärzte verlassen wolle, es sei ihm jetzt alles gleichgültig, jetzt seien die an der Reihe, er wolle sich um überhaupt nichts mehr kümmern, um uns dann am Tage darauf eine Schilderung zu geben, wie wir sie fast von unseren sämtlichen Patienten erhalten haben: „Ich merke ganz deutlich, wie das mit der Insulinspritzerei vor sich geht — das geht dann so eigenartig im Kreuz hoch und in den Hinterkopf, daß da ein richtiger Kampf in mir losgeht. — Da brauch' ich mich gar nicht drum kümmern. — Da ist alles durcheinander. — Wundern braucht sich da keiner, wenn er kaputt geht. — Es kann ja vielleicht aber auch sein, daß der Kampf gut ist! — — — Er ist inzwischen in den Minuten nach der Unterbrechung (durch Trinken) schon deutlich freier geworden, friert aber am Nachmittag noch immer wieder ein, ist kontaktloser, als er äußerlich wirkt, da ihm immer wieder seine gesellschaftliche Übung über die Isoliertheit hinweghilft und er eingefügter erscheint, als er wirklich ist. Er läßt an den nächsten Tagen eine immer weiter gehende Negation und Verdrängung der Psychose erkennen, in der Hgl. sucht er jetzt Kontakt zu den Mitpatienten, spricht mit ihnen von Mecklenburg, vom Rheinland, vermeidet dabei ängstlich jedes Wort über seine persönlichen Verhältnisse. Er ist jetzt auch nachmittags ziemlich frei, verliert sich aber sofort wieder, wenn man nach seiner Erkrankung fragt, wird dann unsicher, verlegen, weicht aus und verweigert schließlich die Antwort überhaupt. Wenn man intensiver drängt, spricht er schließlich von einer Reihe Vorkommnisse, bei denen er irgendwelche Insuffizienzgefühle gehabt hat, die aber alle weit vor seiner Psychose liegen, mehrfach schildert er dann auch die Schwierigkeiten des Devisengeschäftes, um damit gleichsam nachzuweisen, daß er schon ein Recht zum „Krankwerden" gehabt habe und seine „Herzneurose" nicht unbegründet und unberechtigt sei. In der Hgl. vom 27. 10. läßt er schließlich das Auftreten der „aktivierten Psychose" erkennen — eine Bemerkung bei der Chefvisite, daß er sich wohl auch langsam mache, wird von ihm ausgelegt, als habe der Chef seine Freude darüber ausgedrückt, daß er nun bald am Ende sei, nachdem er die gleiche Einstellung zu völlig gleichgültigen Bemerkungen, die ihn überhaupt nicht betrafen, schon vorher erkennen ließ. Er ist innerhalb der Hlg. heute überhaupt nicht davon abzubringen — ist ablehnend, autistisch, verlangt, daß man ihn

totschlagen soll, usw. Am Nachmittag ist er aber wieder ebenso frei wie am Vortage. Bei 150 E. I. trat nur am 30. 8. das erste Koma und nach 50 Minuten Dauer desselben der erste epileptische Anfall von 30 Sek. Dauer auf. Bei der i. v. vorgenommenen Unterbrechung der Hgl. ist er bereits nach 40 ccm 40% Traubenzucker ansprechbar, bleibt aber noch für etwa 30 Minuten schwer besinnlich, verlangsamt, sagt, daß er sich erst langsam zurechtfinden müsse usw. Eine stärkere Amnesie hat sich jedoch nicht nachweisen lassen, ebenso keine aphasischen Störungen. Er ist aber, nachdem die Nachwirkung des Anfalls verschwunden ist, vollständig frei, affektiv gelockert und gewinnt heute erstmals einen ungehinderten Kontakt. Er zeigt auch am Nachmittag keine Veränderung, obwohl er inzwischen erfahren hat, daß er einen Anfall hatte. Er fragt vielmehr nur, ob der Anfall zur Kur gehöre und was damit bezweckt werden solle. Er äußert keinerlei Klagen, ist immer mit den anderen zusammen und beteiligt sich heute an der Gartenarbeit und am Skat.

F. ist in der Hgl. des folgenden Tages in seinem Verhalten nicht wesentlich von dem unterschieden, das er in der letzten Zeit geboten hat. Er wird redselig, sucht Kontakt, zieht sich schließlich zurück, wird zunehmend besonnen, allmählich psychomotorisch unruhig, unzugänglich und stuporös. Schließlich befindet er sich ab 9. 10. im ausgesprochenen Koma, in dem er keinerlei Reaktion auf Anruf und Schmerzreize erkennen läßt. Nach genau 50 Sek. trat auch heute ein epileptischer Anfall auf, obwohl wir die Insulindosis auf 130 E. verringert hatten. Die Unterbrechung der Hgl. gelang danach in der gleichen Weise wie gestern, doch zeigt er sich heute wesentlich länger verwirrt und benommen als gestern. Er ist erst nach ungefähr zwei Stunden voll rapportfähig, stand aber während dieser Zeit in einem ausgesprochenen gemütlichen Kontakt und war für Zuspruch außerordentlich dankbar. — Er ließ am Nachmittag eine noch weitergehende Befreiung als gestern erkennen, so daß wir den Versuch einer Exploration unternahmen, der er freundlich und willig entgegenkam. Seit die Kur läuft, sei er bedeutend ruhiger geworden. Er könne sich jetzt viel besser zusammennehmen als früher. Habe sich besser in der Gewalt. Vor allem seit gestern (1. Schock mit Epi-Anfall) fühle er sich auch viel sicherer als vorher, so daß er den Leuten gar nicht mehr ausweichen brauche, wenn er angesehen werde.

Die seien im übrigen alle sehr nett zu ihm, seien übrigens ja auch alle krank. (Wann krank geworden?) „Im vorigen Jahr — weiß nicht recht, wann es angefangen hat. Habe auf einmal nicht mehr gekonnt. Hatte schon vorher manchmal Fehler im Geschäft gemacht. Kann ja sein, daß das alles gar nicht so gemeint war, wie ich es ausgelegt habe. Vielleicht waren die so zu mir, weil ich so nervös geworden war. Daß ein Teil der Angestellten ihn als etwas Besonderes betrachtet habe, sei wohl gekommen, weil er mit den Inhabern ja verwandt sei. Es könne aber auch sein, daß sie sich auf Kosten seiner Nervosität einen Scherz machen wollten.——Pat. ist aber in dieser Exploration doch noch nicht restlos überzeugt und gesichert — durch die geringsten Zwischenfragen wird er in seiner Meinung irritiert, unsicher, weicht dann wieder aus, wird mißmutig und meint dann, daß es am besten sei, wenn man sich damit gar nicht mehr befasse. — — — Wir haben ihm auch am nächsten Morgen 130 E. I. gegeben, nach denen wir wiederum den auch zeitlich nahezu gleichen Ablauf erhielten, obwohl wir die Unterbrechung heute etwas vor Ablauf der 50 Minuten vorgenommen haben. Der Anfall trat dann während der Unterbrechung (Auslösung durch den Sondenreiz?) auf, war nur von sehr kurzer Dauer, doch blieb der Pat., obwohl wir ihm die (zur „Neutralisation“) notwendigen Zuckermenge

bereits gegeben hatten, auch anschließend noch länger im komatösen Zustand. ohne eine Änderung erkennen zu lassen. Da die Reflexe völlig erloschen waren. haben wir sofort anschließend 250 ccm 50% Traubenzuckerlösung i. v. gegeben. die aber zunächst kaum eine Wirkung zeigten. F. ist erst nach etwa 10 Minuten etwas munterer geworden, schlägt jetzt die Augen auf, blickt leer und verwundert um sich, scheint allmählich seine Umgebung wiederzuerkennen, klagt mit den ersten Worten, die er überhaupt spricht, sofort über sehr starken Kopfschmerz. Seine Sprache ist dabei verwaschen, schwerfällig, aber klar zu verstehen und ohne phasische Störung. Er beschreibt gleich darauf den Kopfschmerz als „Druck, der ihm den Schädel auseinandertreibt", steht aber, trotz völliger Einengung darauf, in ausgezeichnetem Gefühlskontakt und quittiert jeden Zuspruch mit freundlichem Lächeln und ergebener Zuwendung. Wir haben wegen der Kopfschmerzen schließlich eine Lumbal-Punktion vorgenommen und etwa 30 ccm Liquor entnommen (dessen serologische Untersuchung keine wesentliche Verschiebung des Blutzuckers von der Norm zeigte). Pat. wurde danach schlagartig freier und gleichzeitig wacher, er ist vollständig aufgelockert zugewandt, ohne Reserve und bei der Unterhaltung beschwerdefrei. Nach einiger Zeit klagt er darüber, daß er Anfälle habe, er fürchte, daß wir deshalb die Therapie nicht mehr fortsetzen würden, bedauerte das, weil sie ihm doch wirklich sehr gutgetan habe und er glaube, dadurch gesund werden zu können. — — Er blieb noch mehrere Stunden im Bett ließ im Affekt und Kontakt keine Änderung mehr erkennen, war nachmittags frei, sehr interessiert, gelockert und wies bei einer Unterhaltung seine psychotischen Erlebnisse weit von sich. — — Der Zustand ist auch an den nächsten Tagen unverändert geblieben. — Pat. ist viel sicherer und fester, als man nach den Angaben der Angehörigen erwarten durfte, zeigt keinerlei Ängstlichkeit, findet, „was er während seiner Krankheit erzählt habe, unverständlich", kann sich „an das meiste nicht mehr erinnern", „es sei ein fuchtbarer Blödsinn gewesen". Daß er Bauer werden wolle „käme jetzt gar nicht mehr in Frage", er wolle „selbstverständlich wieder ins Geschäft zurück", glaube, daß „dies sowieso bloß ein Ausweg gewesen wäre. weil er damals soviel Angst vor den Menschen gehabt habe". Es sei übrigens in Mecklenburg besser als ganz am Anfang gewesen, doch habe er sich da lange nicht so frei wie jetzt gefühlt. — — — Während der nächsten vierzehn Tage. die Pat. noch in der Klinik blieb, ist diese Selbstsicherheit und der völlig klare Abstand freilich zum Teil wieder verlorengegangen, er zeigte bei einer Exploration vor seiner Entlassung, daß er ein ganzes Teil der Beziehungsideen wieder aufgegriffen hatte, wollte jetzt nicht mehr in die alte Firma zurück oder zumindest sich in eine Filiale versetzen lassen, fühlte sich unbehaglich, weil er danach gefragt wurde, glich jetzt im ganzen viel eher der Vorstellung, die man sich von seinem prämorbiden Charakter machte, so daß man hier von einer „Ausreifung" in Richtung der prämorbiden Persönlichkeit, einer Restitutio ad integrum sprechen und die dazwischenliegenden Festigung und Befreiung der Persönlichkeit von ihrer primären Selbstunsicherheit als Folge der Anfälle ansehen kann.

Ein Überblick über den Gesamtverlauf läßt die Gesamtheit der einer Remission befördernden Tendenzen der Insulinschocktherapie erkennen. Der Pat. war, wie wir annehmen dürfen, Mitte bis Ende Mai in das frische Prozeßstadium gekommen. Die von *Mauz* (15) innerhalb diese Stadiums der Schizophrenie beschriebene Affektverbesserung hatte bei ihm zur teilweisen Wiederauf-

nahme des Umweltkontaktes geführt. Die damals behandelnden Ärzte konnten ihn berechtigt als „Besserung" in Urlaub geben und die Hoffnung haben, daß er sich draußen zurechtfinden werde. Das Unglück des Pat. ist wohl gewesen, daß er in eine Umgebung kam, in der man davon erfuhr, daß er eine „geistige Krankheit" überstanden hatte, daß man mit ihm wiederholt darüber sprach, was „er am besten machen könne, um ein Wiederkommen zu verhüten", daß man auf diese Weise immer wieder die Erinnerung daran zurückrief und ein wirkliches Zurruhekommen des Pat. verhinderte, so daß dieser um so leichter seine Beziehungs- und Beeinflussungsideen wieder aufnehmen konnte, als diese in seiner prämorbiden Persönlichkeit schon vorgegeben waren, und schließlich die Dienstboten ihn tatsächlich als „etwas Besonderes" betrachteten und zu behandeln suchten. Dabei hat er dann aber nicht nur, was für das Verständnis der schizophrenen „Defektentwicklung" unseres Pat. von Wichtigkeit erscheint, neue Beziehungsideen entwickelt, sondern auch die alte abgeklungene und verdrängte psychotische Absättigung wieder aufgenommen, obwohl deren Inhalte und Gefühlswerte nur noch von geringem Gewicht gewesen sein dürften. Die Produktion von Beziehungs- und Beeinflussungsideen hörte sofort auf, als er in unsere Klinik kam, er akklimatisierte sich innerhalb weniger Tage, sprach nur von dem, was „da gewesen ist". Dabei war er äußerlich sehr gut geordnet, verdeckte den mangelnden Kontakt durch größere Höflichkeit und konventionelle Formen und war, wenn man nicht auf die Wahnideen zu sprechen kam, ein „etwas fahriger, unsteter Mensch". Innerhalb des Wahns freilich war er außerordentlich verfestigt, ließ einen Zweifel daran gar nicht aufkommen, war von der Realität seiner Beobachtungen völlig überzeugt und selbstunsicher nur deshalb, weil er sich nicht darüber klar war, ob er nicht schließlich selbst daran schuld sei und den Krebs habe.

In dieser Situation begann die Insulinschocktherapie. Der Pat. lockerte sich auf. Die Ambivalenz des Schizophrenen wurde zunächst innerhalb der Hgl. außerordentlich deutlich. Aus der Überzeugung, daß er umgebracht werden solle, zog der Pat. die Konsequenz, dieses unabweisbare Ereignis noch zu bescheinigen, grüßte mit „Heil Moskau!" — um dann im nächsten Augenblick hilflos, Zuspruch bedürftig zu werden. Schließlich wurde seine Psychose vom Ich erst einmal beiseite geschoben, nicht er ist mehr daran Schuld, daß man so eigenartig mit ihm umgegangen ist, vielmehr muß er die Schuld seines Vaters büßen, ist gleichsam ein Opfer, dem die Ärzte aus Menschenfreundlichkeit beistehen müssen,

der Mitleid und Hilfe nicht nur verlangen, sondern auch entgegennehmen darf. Wir haben auf diesen Mechanismus, der die Psychose aus den ichnahen Bezirken in die Peripherie verschiebt, schon bei anderen Patienten aufmerksam gemacht und auch dort gesehen, daß damit die Überwindung vor allem der pathoplastisch wirksam gewordenen, aus der Verdrängung und normalen Verstrebung gelösten Triebe herbeigeführt wird. Schließlich hatte der Pat. die Pathoplastik seiner Psychose völlig abgebaut — er war innerhalb der Hgl. nur noch mit dem „Durcheinander" oder, wie wir auch sagen können, mit dem wieder frei gewordenen, von den Absättigungen gelösten Grundprozeß beschäftigt. Tendenzen einer Verarbeitung zeigen sich dann noch vor dem Eintritt der epileptischen Anfälle auch hier. Der Pat. versuchte die schizophrene Entwicklung aus seiner Lebensgeschichte zu erklären, versuchte sie zu rationalisieren und ließ dabei durchaus die quälenden Schwierigkeiten, die Selbstunsicherheit und Ängstlichkeit erkennen, die uns aus den *Müller*schen (14) Untersuchungen bekannt sind. Da die Anfälle, die wir zu entwickeln suchten, die affektive Grundstörung der Psychose in sich aufnehmen. die psychotischen Erlebnisse, wie es sehr schön vor allem bei Josef R. zu beobachten war, objektivieren und „entpeinlichen", wurde der Pat. danach affektiv vollkommen frei, fand den vollen Wiederanschluß an die menschliche Gemeinschaft, war jetzt fester, männlicher, als er es jemals zuvor war, und konnte auf diese Art den, schließlich doch wieder zum Vorschein kommenden schizophrenen Affektverschiebungen viel sicherer und einheitlicherer begegnen, als es zuvor möglich gewesen war. Dadurch konnte er, trotz des unvermeidlichen Rückfalls in die präpsychotische Selbstunsicherheit, doch die Wiederanknüpfung der objektivierten psychotischen Erlebnisse mit den Affekten verhindern und so seinen Umweltkontakt aufrechterhalten. Da das Abklingen des Grundprozesses schon von vornherein gesichert erschien — man hätte die psychotische Entwicklung sonst unverständlich finden müssen — konnte die Remission auf diese Weise sichergestellt werden.

Die Voraussetzungen für den Erfolg die Schocktherapie wie für den aller therapeutischen Methoden dürfte, solange der Prozeß selbst uns völlig unbekannt ist, das Abklingen des Prozesses selbst sein. Der günstigste Ansatzpunkt des therapeutischen Angriffs ist das frische Prozeßnachstadium. Die ungünstigsten Fälle sind jene, in denen auf Grund der „organisch" wirkenden Progredienz ein unbegrenztes Andauern des Prozesses selbst anzunehmen ist.

Zusammenfassung und Schluß

In der vorliegenden Arbeit wurde über den Verlauf der Insulinbehandlung bei zwölf Schizophrenen berichtet, deren Remissions- und Reaktionsweise durch die tägliche Protokollierung ihres Verhaltens in und außerhalb der Hypoglykämie sowie durch die tägliche Niederschrift vorsichtiger Explorationen während der Gesamtdauer der Therapie eingehend beobachtet war. Die Durchführung der Therapie erfolgte dabei im wesentlichen nach der klassischen Methode *Sakel*s (28), doch wurde ebenso großes Gewicht wie auf den täglichen Insulinstoß auch auf die Teilnahme unserer Patienten an der Arbeitstherapie und auf die Durchführung eines kontaktermöglichenden Gemeinschaftslebens gelegt, wie es von *M. L. Preß* (43), *Briener* (44) und *Roemer* (35) unter dem Begriff der „psychagogischen Leitung" gefordert wurde. Wir sind darüber hinaus immer auch bemüht geblieben, die durch die Hypoglykämie erreichten Fortschritte im psychischen Zustand unserer Patienten im Sinne *Kronfeld*s und *Sternberg*s (27) psychotherapeutisch auszuwerten und zu festigen, und glauben, daß wir auf solche Art unseren Patienten die Durchführung der Kur wesentlich erleichtern konnten (*v. Meduna* (23).

Da es uns wertvoll erschien, einen Vergleich der Insulinremission mit den zuletzt vor allem von *Müller* (14) und *Mauz* (15) untersuchten Spontanremissionen durchzuführen, haben wir im Verlauf unserer Kasuistik mehrfach auf deren Ergebnisse Bezug genommen. Es stellte sich dabei heraus, daß sich der Gesamtverlauf der Insulinremission nicht grundsätzlich von dem der Spontanremission unterscheidet. Die vor allem von *Müller* herausgestellten Heilungsmechanismen in der Schizophrenie, die wir als fortwährende Wirkung der schon im psychischen Symptombild der Schizophrenie an sich erkennbaren Momente „mehr oder weniger mißglückter oder auch geglückter Anpassungsversuche an die primären Störungen" (*Bleuler*, zit. nach *Müller*) und der „allgemein-biologischen Tendenz des Organismus, die Funktionsstörung in seinen funktionstüchtig gebliebenen Teilen im Sinne der Selbsterhaltung, der „Selbstheilung" auszugleichen oder wenigstens zu korrigieren", (*Birnbaum*) betrachten, konnten wir in jedem einzelnen unserer Fälle während des Gesamtverlaufes der Behandlung ohne Schwierigkeiten nachweisen. Eine spezifiische Wirkung der Insulinschocktherapie auf den psychopathologischen Gesamtverlauf der Remission und auf die Weiterentwicklung der Schizophrenie konnte in keinem der Fälle einsichtig gemacht werden.

Anderseits möchten wir freilich auch den Standpunkt, es handele

sich bei allen Insulinremissionen nur um verkappte Spontanheilungen, wogegen sich bereits vorsorglich *Küppers* (9) gewandt hat, nicht zu dem unseren machen. Auf Grund der Beobachtungen unserer Klinik glauben wir vielmehr, in der Insulinschocktherapie *Sakels* ein ausgezeichnetes Mittel zu besitzen, um in die Tiefe und die Dynamik der innerpsychischen und außerbewußten Verarbeitung des schizophrenen Grundprozesses eingreifen zu können *(Bürger-Prinz)*. Diese Möglichkeit ist vor allem durch die Wirkung des einzelnen Insulinstoßes und den durch ihn bedingten immer wiederholten Abbau der Psyche der Patienten gegeben, auf dessen Wichtigkeit *Zoltan* und *v. Pap* (31) bisher schon mehrfach hingewiesen haben.

Es ließ sich feststellen, daß es sich bei allen Formen der Einzelreaktion grundsätzlich um den gleichen Wirkungsmechanismus handelt. Verschiedenheit der klinischen Bilder ergab sich im wesentlichen aus der Verschiedenheit dessen, was wir das psychische Momentanbild nannten und in dessen mehr oder minder schizophren bestimmter Erscheinung wir das Ergebnis der Auseinandersetzung zwischen Grundprozeß und „funktionstüchtig gebliebenen Teilen" der Psyche und ihrer außerbewußten Mechanismen zur Überwindung jener „ungeheuren Bedrohung" der vitalen Existenz sahen, „die der Schizophrene beim Hereinbrechen der Krankheiten empfindet" (*Müller*).

Die klinisch-psychopathologische Symptomatologie kann somit als Ausdruck des Kampfes um die Wiederherstellung eines neuen Vitaloptimums aufgefaßt werden. Dieses Vitaloptimum wird aber durch die Wirkung des Insulinstoßes immer wieder in Zweifel gezogen und unmöglich gemacht, so daß der Patient sich innerhalb der Hypoglykämie immer wieder vor den Grundprozeß selbst gestellt sieht. In der immer erneuerten Lösung dieser Aufgabe aber ist u. E. die Tatsache begründet, daß in allen Fällen unserer Kasuistik — mit Ausnahme Fritz R.s, bei dem es sich um hysterische Mechanismen handelte — ein allmählicher Abbau der psychoplastischen Momente des Momentanbildes ersichtlich war, so lange um eine Scheinbesserung handelt, als der therapeutisch unbeeinbare Grundprozeß andauert, haben wir in unseren Fällen Henry H., Friedr. G., Ludw. R. und Friedr. M. nachweisen können. Ebenso aber auch, daß wir bei affektiv schon länger vorveränderten Persönlichkeiten wie unseren Pat. Gottfried R. und Heinz W. durch die Beseitigung sekundär-psychoplastischer Symptome den schizophren affektiven Defekt ebensowenig aufheben können wie dort, wo (wie bei Joh. K.) das frische Prozeßnachstadium *Mauz* (15) bereits überschritten und die Ausbildung einer Defektpersönlichkeit

mit ihren viel festeren und unelastischeren Verstrebungen innerpsychischerTendenzen Affekte und Triebe bereits vor sich gegangen war.

Aus dieser Auffassung vom Wirkungsmechanismus der Insulinschocktherapie dürfte einsichtig werden, daß, wie *Müller* (12) als Eindruck feststellte, bei der Überwindung der pathoplastischen Symptome die bei der Spontanremission im Vordergrund stehende quälende intellektuelle Auseinandersetzung des Patienten mit seinen Wahnbildungen usw. in Fortfall kommt. Sie wird, wie vor allem unser Fall Johannes K. zeigte, anderseits freilich um so stärker und quälender innerhalb der Hypoglykämie in Erscheinung treten müssen.

Die innerhalb der Hypoglykämie in Erscheinung tretenden und von *Sakel* (28) als unterschiedlich gewerteten Phänomene der Beruhigung und Enthemmung haben sich in unserer Untersuchung auf den gleichen Wirkungsmechanismus zurückführen lassen: Der außerhalb der Hypoglykämie gleichsam noch im Kampf mit seinem Grundprozeß und die Wiedergewinnung irgendeiner Einheit befindliche Patient Ludw. R. ließ, da der Abbau der den Grundprozeß überwindenden Tendenzen in der Hypoglykämie, eine Beruhigung erkennen, weil er im Verlust seiner aktuellen Persönlichkeit (*Küppers*) ganz an den Grundprozeß dahingegeben war und diesen erst dann wieder empfand, wenn nach Unterbrechung der Hypoglykämie der Aufbau seiner Persönlichkeit wieder vonstatten ging. Der am Ende der Behandlung mit dem Grundprozeß in ein tragfähiges Kompromiß gekommene gleiche Patient ließ andrerseits innerhalb der Hypoglykämie die von *Sakel* sogenannte Enthemmung ebenso in Erscheinung treten, wie wir diese bei jenen Patienten von Anfang an beobachten konnten, bei denen der Grundprozeß selbst schon abgeklungen oder doch so weit abgesättigt war, daß die Persönlichkeit außerhalb der Hypoglykämie auf die durch den schizophrenen Grundprozeß bedingten Einstellungen fixiert blieb. Wir konnten diesen Mechanismus schließlich auch dadurch eindeutig machen, daß wir bei mehreren Patienten in und außerhalb der Hypoglykämie die mittlere Assoziationszeit prüften, die dem psychischen Verhalten parallel war.

Von der gleichen psychopathologischen Einstellung aus waren uns jene Erscheinungen verständlich, die *Sakel* (82) unter dem Begriff der aktivierten Psychose zusammengefaßt hat. Dabei sind wir uns freilich darüber klar, daß man gerade hier mehr auf die subjektiven Angaben der Patienten angewiesen ist als auf die objektiv sichtbaren Erscheinungen.

Da von den Patienten dieses Erleben innerhalb der Hypogly-

kämie immer wieder in der gleichen Form beschrieben wird, in der die Patienten gemeinhin das Erlebnis des Ausbruchs ihrer Erkrankung schildern, sehen wir keine Veranlassung, diesen Zustand nicht unter dem von *Sakel* geschaffenen Begriff der „aktivierten Psychose“ zu fassen. Wir meinen, daß der Mechanismus selbst in unseren Fällen Gerhard P., Johannes K. u. a. doch sehr deutlich geworden ist, wobei wir besonders auf unseren Fall Gerhard P. hinweisen wollen, in dem der schon von *Angyal* (39) vermutete Zusammenhang „zwischen dem prämorbiden Persönlichkeitstyp, dem für das Zustandsbild der beginnenden Schizophrenie kennzeichnenden ... Syndrom und dem entsprechenden Insulinschock“ sehr deutlich wurde.

Darüber hinaus haben wir feststellen können, daß ebenso wie für den sekundär-psychoplastischen Ausbau der Schizophrenie schlechthin und für die Möglichkeiten des Einsetzens einer Spontanremission die Bedeutung prämorbider Charakterzüge für den Erfolg unserer Therapie außerordentlich groß sein dürfte, wobei wir auf die Mitteilung *Kronfeld* u. *Sternberg*s (27) hinweisen möchten. In unseren Fällen haben sich sowohl eindeutig sthenisch wie völlig passiv-autistische und demonstrativ-hysterische oder neurotisch bestimmte Charaktere als ebenso ungünstig erwiesen, wie wir anderseits jede Mitwirkung affektiver Ansprechbarkeit als günstig erkannten. Die Einflüsse des Charakters sind dabei nicht nur an Prägung und Ausbau der Einzelreaktion zu erkennen, sondern bedingen zugleich eine Wandlung des Gesamtverlaufes. Ungeheuer schwierig ist es natürlich im einzelnen, Primärcharakter und evtl. schon lange zurückliegende Persönlichkeitswandlung zu trennen (*Schorsch*).

Es erscheint empfehlenswert, nach etwa 20—30 vergeblichen Schocks vorläufig auszusetzen und erst dann die Therapie wieder aufzunehmen, wenn auf Grund des klinischen Bildes die Wahrscheinlichkeit für die Beendigung des Grundprozesses gegeben ist. Daß man trotz vorher aussichtsloser Bemühungen doch noch Erfolg haben kann, beweisen vielfältige Erfahrungen unserer Klinik, ist auch aus einer Bemerkung ersichtlich, die *v. Braunmühl* (37) auf dem Kongreß in Münsingen machte. Die Erfassung dieses Stadiums wird außerordentlich schwierig sein, doch erklärt sich u. E. die in allen Statistiken festgestellte Tatsache des günstigeren Erfolges bei frischen Fällen einfach daraus, daß bei ihnen die Wahrscheinlichkeit dieser Begegnung zwischen Therapie und frischen Prozeßnachstadium wesentlich größer ist. Für das refraktäre Verhalten alter Defektzustände ist die im Defekt

wesentlich festere, unauflösbare Verknüpfung und gleichsam in sich erstarrte Verstrebung aller vitalen Strebungen, Affekte und Triebe anzuschuldigen.

Die von *Sakel* (28), *Dussik* und *Sakel* (3) u. a. als Beweis für die medikamentöse und „spezifische" Wirkung der Insulinschocktherapie angeführte Beobachtung der „Ausreifung" zeigt lediglich an, daß die Restitution der Persönlichkeit mit der Wiederherstellung der grob prüfbaren psychischen Leistungen durchaus nicht beendet ist. Bis zur Wiedergewinnung einer in sich selbst ruhenden, einheitlich wirkenden und bis in die letzten Regungen ausgeglichenen Persönlichkeit ist ein wesentlich längerer Zeitraum notwendig. Wir konnten darauf aufmerksam machen, daß der gleiche Mechanismus, der in „geheilten" Fällen die Ausreifung bedingt in ungebesserten als endgültiges Abgleiten und „werdender Defekt" imponiert.

Die Wirkung des epileptischen Anfalls glauben wir auf die intensivste Lebensbedrohung und ihre aufsaugende Wirkung gegenüber der Psychose zurückführen zu können. Diese Wirkung scheint uns demnach grundsätzlich nicht nach anderen Prinzipien zu erfolgen als die des Insulinschocks schlechthin. Der temporäre Abstand, die „Verdrängung" und das „Vergessen" der Psychose schien ausgeprägter als nach dem üblichen Koma. Dadurch werden zugleich auch bessere Möglichkeiten für einen intensiv bindenden, ausbaufähigen Umweltkontakt gegeben.

Wir haben die psychopathologisch verfolgbare Wirkung des epileptischen Anfalls daher mit der normalpsychologischen Wirkung plötzlicher Katastrophenfälle verglichen und konnten den „außerbewußten Mechanismus" um so leichter darin einsichtig machen, als wir in unserem Fall Friedr. G. ebenso wie in den zwei Fällen *Georgis* (42) das Wiederauftauchen der schizophrenen Verhaltensweisen nach der Überwindung der Katastrophe feststellen mußten. Eine spezifische Wirkung auf den Abbau der schizophrenen Symptome und die Dauer des Grundprozesses haben wir auch hier nicht nachweisen können. Es scheint uns vielmehr möglich zu sein, alle Remissionen nach einem wie immer ausgelösten epileptischen Anfall auf den gleichen Wirkungsmechanismus beziehen zu können.

Schrifttumverzeichnis

1. ***Büdinger, Ferd.***, Mtschr. f. Psychiatr. u. Neur. 97 (1937) 212ff. — 2. 93. Ergänzungsband zum Schweizer Archiv f. Neurol. u. Psych. „Die Therapie der Schizophrenie" 1937. — 3. *Dussik, K. T.* u. *Sakel, Manfr.*, Z. Neur. 155 (1936) 351ff. — 4. *Georgi, F.*, Schweizer med. Wschr. 66, 1936. — 5. *Magenau*, Psych.-neur. Wschr. 1937, Heft 39. — 6. *Pfister*, Hans Oscar, in 2. — 7. *Dussik*,

K. T., in 2. — 8. *Storch*, *Alfred*, in 2. (Diskussionsbeitrag). — 9. *Küppers*, *E.*, Dtsch. med. Wschr. 1937, 337ff. — 10. *Maier*, *H. W.*, in 2. — 11. *Müller*, *Max*, in 2. — 12. Dto., Fortschr. Neurol. u. Psychiatrie IX (1937), 131ff. — 13. Dto. Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten, Leipzig, 1936. — 14. Dto. Über Heilungsmechanismen in der Schizophrenie, Berlin, 1930. — 15. *Mauz*, *Friedr.*, Die Prognostik der endogenen Psychosen, Leipzig 1930. — 16. *Jahrreiss*, *Walter*, Arch. Psychiatrie u. Nrvkh. 106 (1937). — 17. *Klaesi*, *J.*, Z. Neur. 74 (1922), siehe hierzu auch Jenny, F., in 2. — 18. *Klaesi*, *J.*, in 2. — 19. *Schilder*, *P.*, u. *Weißmann*, Z. Neur. 110 (1927). — 20. *Müller*, *Georg*, Allg. Ztschr. Psychiatrie 93 (1930). — 21. *Meduna*, *v.*, Z. Neur. 152. — 22. Dto, Monographie. — 23. Dto, in 2. — 24. *Ricklin*, *Franz*, Psych.-neurol. Wschr. VII. (1905). — 25. *Oberholzer*, Z. Neur. 22 (1914). — 26. *Bertschinger*, Allg. Z. Psychiatrie 68 (1911). — 27. *Kronfeld* u. *Sternberg* in 2. — 28. *Sakel*, *Manfr.*, Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie, Wien. — 29. Zit. nach *Max Müller* in 14. — 30. *Birnbaum*, *K.*, Der Aufbau der Psychose, Berlin 1923. — 31. *Zoltan* u. *v. Pap*, Mtschr. Psychiatrie und Neur. 94 (1937). — 32. *Wiedeking*, *J.*, Z. Neur. 159 (1937). — 33. *Angyal*, *L. v.*, Arch. Psychiatrie u. Nrvkr. 106. — 34. *Jaspers*, *Karl*, Allgem. Psychopathologie, 3. Aufl., Berlin 1923. — 35. *Roemer*, *Hans*, in 2. — 36. *Mayer-Groß*, *W.*, Z. Neur. 89. — 37. *Braunmühl*, *v.* in 2. — 38. *Schneider*, *Kurt*, Pathopsychologie der Gefühle und Triebe, Leipzig, 1936. — 39. *Angyal*, *v.*, Mtschr. Psychiatrie u. Neur. 97 (1937), 280ff. — 40. Zit. nach *Mauz* 15. — 41. Psychologische Arbeiten, Herausgegeben von Kraepelin, Bd. 1—5, Leipzig 1896. — 42. *Georgi*, *F.*, in 2. — 43. *Press*, *M. L.*, in 2. — 44. *Briener*, *O.*, in 2. — 45. *Luxemburger*, *Hans*, u. a., Psychiatrische Erblehre in Bleulers Lehrbuch der Psychiatrie, 6. Aufl., Berlin, 1937. — 46. *Luxenburger*, *Hans*, Fortschr. Neurol. Psychiatrie u. Grenzgeb. 1937. — 47. *Griesinger*, *W.*, Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 3. Aufl., Stuttgart, 1861, zit. n. *Jahrreiss*, 16. — 48. *Krieck*, *Ernst*, Völkisch-politische Anthropologie I. Leipzig 1936. — 49. *Berze* u. *Gruhle*, Psychologie der Schizophrenie, Berlin 1929. — 50. *Schneider*, *Carl*, Die Psychologie der Schizophrenen, Leipzig 1930.

Inhaltsangabe

Zeitschriftenübersicht

The Journal of Nervous and Mental Disease an American Journal of Neuropsychiatry

November 1939 Nr. 5 Band 90.

K. Bowman, *R. Goodheart*, *N. Jolliffe*. Aus der Abteilung für Psychiatrie und Medizin der Universität New York und der Psychiatrischen Abteilung des Bellevue Krankenhauses New York: Beobachtungen über die Rolle des Vitamins B_1 in der Ätiologie und Behandlung der Korsakoffschen Psychose.

Da Polyneuritis, verbunden mit Korsakoffpsychose beobachtet bei Alkoholismus, Schwangerschaft, Hyperthyreoidismus, Diabetes mellitus, von manchen Autoren als Folge eines Mangels von Vitamin B_1 betrachtet wird und, wenn die pathologischen Veränderungen nicht schon zu vorgeschritten sind, der Behandlung durch Zufuhr von Vitamin B_1 zugänglich scheint, haben V.V. sich die Frage gestellt, ob das Korsakoffsche Symptom und die Polyneuritis dieselbe ätiologische Basis, nämlich den Vitamin-B_1-Mangel haben, und an 51 Patienten mit Korsakoff zu diesem Zweck Untersuchungen angestellt. Sämtliche P. wurden zuerst durchschnittlich 11 Tage lang mit einer Diät ernährt, die dem Minimum der für einen Menschen von 60 kg Körpergewicht Vitamin-B_1-Menge entspricht, ernährt. Nach Abschluß dieser Kontrollperiode wurden 15 P. entlassen. Die übrigen 36 erhielten eine Diät von einem 4mal höheren Vitamingehalt, 21 davon erhielten außerdem zusätzlich 10—50 mg kristallin. VitaminB_1 täglich parenteral. Dauer der Behandlung in der ersten Gruppe im Mittel 18, in der zweiten Gruppe im Mittel 29 Tage. Die Resultate sind in 2 Tafeln verzeichnet. Von den 15 nach der Kontrollperiode Entlassenen waren 6 gebessert, 9 ungeheilt, von den verbleibenden P. der ersten Gruppe (15) 1 geheilt, 14 ungeheilt, von den 21 der zweiten Gruppe 10 geheilt, 11 ungeheilt. Unter Heilung wird lediglich das Verschwinden der Konfabulation und der Desorientierung verstanden; zurückbleibende Gedächtnisdefekte sind nicht berücksichtigt. In der zweiten Tabelle sind die Ergebnisse geordnet nach dem Gesichtspunkt, ob es sich um akute, mit Delirien, Halluzinationen, encephalitischen S. komplizierten, oder um chronische Fälle (reine Trias von Merkschwäche, Desorientiertheit, Konfabulation) handelte. Von den 31 akuten Fällen der Kontrollperiode waren bei der Entlassung 5geheilt, 2 ungeheilt, von den 20 der chronischen 1 geheilt, 7 ungeheilt. Von den 15 der oben genannten ersten Gruppe waren 8 Fälle akut, darunter 1 geheilt, 8 ungeheilt, 7 Fälle chronisch, darunter geheilt 0, ungeheilt 7; von den 21 der oben genannten zweiten Gruppe waren 16 akut, darunter 9 geheilt 7, ungeheilt, 5 waren chronisch, darunter 1 geheilt, 4 ungeheilt. Die V.V. geben zu, daß diese Ergebnisse keinerlei Schlüsse in bezug auf die oben gestellte Frage zulassen. Der etwas erhöhte Prozentsatz von Heilungen in der zweiten Gruppe könne sowohl auf die Therapie bezogen als als spontane, den akuten Fällen zukommende Heilung aufgefaßt werden.

A. Hecker, Woodville, Pa. Die Rolle des Zentralnervensystems bei funktionellen endokrinen Störungen. Gestützt auf phylogenetische, embryologische, anatomisch-physiologische und klinisch-pathologische Erwägungen sucht Verf. die Tatsache herauszustellen, daß die höheren Nervenzentren eine regelmäßige Kontrolle über das endokrine System ausüben, und

daß in Fällen, in denen nervöse und geistige Störungen mit Störungen im endokrinen System verbunden sind, ohne daß diese durch pathologisch-anatomische Veränderungen verursacht sind (Geschwülste u. a.), die endokrinen Störungen das Ergebnis einer Fehlfunktion des zentralen Nervensystems seien. Die ausführliche Abhandlung eignet sich nicht zu einem eingehenden Bericht.

G. Robinson, *G. Robinson jun.*, *D. Feaster*. Kansas-City, Mo. Studien über das verspätete Erwachen aus dem Insulinschock.

Unter ihren über 1000 Fällen von Insulinbehandlung im Nervenkrankenhaus haben V.V. in 7 Fällen, die sich gegen intravenöse Dextrosegaben refraktär verhielten und nur schwer zu erwecken waren, während des Insulincomas „Singultus" beobachtet. Da über die dem unerwünschten Späterwachen zugrunde liegenden physio-chemischen Vorgänge noch keinerlei Klarheit besteht, weisen die Verff. auf die Befunde verschiedener Autoren hin, die in asphyktisch bedingten Todesfällen ischämische Zelldegenerationen in den verschiedensten Hirnbezirken gefunden haben. Solche könnte man auch als Ursache der in Rede stehenden Störung vermuten, zumal bei unter Hyperinsulismus stehenden Ratten intrazelluläre auf Sauerstoffverarmung zurückzuführende Zellenänderungen im Gehirn festgestellt wurden. Da die Zwerchfellspasmen auf Reizung der Kerne der Medulla oblongata beruhen, könnte das Schlucken als Zeichen einer noch reversiblen Veränderung an dieser Stelle und damit als Vorzeichen der drohenden Komplikation gewertet werden.

M. Keßler, *E. Moschcowitz*, *N. Savitsky*. Aus der medizinischen und neurologischen Abteilung des Sinai-Krankenhauses New York Stadt. Die Blut-Liquor-Schranke. Eine Studie über die Klinik und den Mechanismus der Entstehung von Überdruck des Liquor bei Blutdrucksteigerung.

V.V. haben für ihren Zweck 22 Patienten mit erhöhtem Blutdruck und 8 mit normalem Blutdruck untersucht. Es wurden folgende Befunde aufgenommen: Der systolische und diastolische Blutdruck, der Liquordruck bei Lumbalpunktion, der Venendruck, die Urinbeschaffenheit, Stickstoff- und Harnstoffgehalt des Blutes, Veränderungen der Retina, insbesondere Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Ödem der Papille, der Durchlässigkeitsquotient bestimmt nach der Methode Walter-Hauptmann, die klinische Diagnose. Die jeweiligen Befunde sind in Tabellen aufgezeichnet. Die möglichen bzw. wahrscheinlichen pathogenetischen Zusammenhänge der Einzelergebnisse werden eingehend diskutiert. Schlußbemerkungen: Liquorüberdruck tritt häufig in den späteren Stadien bei erhöhtem Blutdruck auf. Diese Phase ist klinisch ausgezeichnet durch Kopfschmerzen und Papillenödem. Soferne Liquorüberdruck nicht nachgewiesen werden kann, muß das Syndrom Kopfweh Verdacht auf andere Ursachen erwecken. Das Papillenödem ist niemals ein isoliertes Retinalphänomen, sondern immer verknüpft mit arteriosklerot. und exsudativen Störungen. Es ist durch 3 Faktoren verursacht, durch vermehrte Durchlässigkeit der Blut-Liquor-Schranke, durch erhöhten Venendruck, durch Erhöhung des Liquordrucks. Der Entstehungsmechanismus der Erhöhung des Liquordrucks ist bedingt durch die Erhöhung des Venendrucks und Vermehrung der Durchlässigkeit der Blut-Liquor-Schranke. Letztere ist praktisch die Regel in vorgeschrittenen Fällen. Zwischen ihr und Störungen der Nierenfunktion besteht kein regelmäßiger Zusammenhang. Wenn sie nicht mit Erhöhung des Venendrucks kombiniert ist, ist sie auf Kapillarveränderung innerhalb der Schranke zurückzuführen. Die arterielle Blut-

druckerhöhung erhöht den Liquordruck nicht direkt, dagegen indirekt durch Herbeiführung eines vermehrten Venendrucks. Osmotische Veränderungen infolge Stoffwechselstörungen haben keinen oder nur geringen Einfluß auf den Liquordruck.

A. Gordon, Philadelphia. Weiterer Beitrag zum Kapitel Frontale Ataxie.

In zwei vorangegangenen Mitteilungen berichtete Verf. von Fällen, die im Leben im Anschluß an eine Läsion des Frontallappens Erscheinungen von seiten des Kleinhirns zeigten, ohne daß sich daselbst post mortem Veränderungen fanden. Fußend auf dieser Erfahrung konnte Verf. in dem nun berichteten Fall trotz des zerebellaren Typs der Symptome die Diagnose auf eine Frontallappenläsion stellen, welche durch die Autopsie bestätigt wurde. — Carcinommetastase im rechten vorderen Frontallappen. Nach Erläuterung seiner und der aus dem Schrifttum bekannten Fälle kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß an eine Läsion des Frontallappens dann gedacht werden muß, wenn die cerebellaren Smptome nicht auf eine einseitige Läsion hindeuten, sondern bilateral und irregulär verteilt sind. In einem Fall aus der Literatur kam ein neues Symptom hinzu, das die Differentialdiagnose ermöglichte. In diesem konnte der Kranke besser auf allen Vieren wie die Tiere gehen, als in aufrechter Haltung, während Kranke mit Kleinhirnschädigung im Gang auf allen Vieren keinen Schritt machen können. Die Fälle beweisen, daß die Frontalregion des Gehirns ein Centrum für Gleichgewicht und Orientierung enthält, das auf das Kleinhirn via Frons— Pons—Cerebellum seinen Einfluß ausübt. Dieser Einfluß hängt jedoch nicht vom Sitz der Läsion ab, und es können, wenn die cellulären Elemente dieses Zentrums irgendwie betroffen sind, verschiedene cerebellare Störungen die Folge sein.

Dezember 1939 Nr. 6.

R. Stein, Canandaigua N. Y. und *L. Ziegler*, Warwatora Wis.: Ein Vergleich zwischen dem Thalamus bei den Dementia praecox- u. den Manisch-depressiven-Irresein-Gehirnen. Eine biometrische Analyse.

Fußend auf der Hypothese, daß die emotionelle Ausdrucksbewegung ihre Quelle in Thalamus haben, haben die V. W. die Frage gestellt, ob Schizophrene mit verminderter oder dissozierter Affektivität Veränderungen im Thalamus in bezug auf Gestalt und Zellgehalt aufweisen, die von solchen bei Manisch-depressiven mit erhöhter Affektivität unterschieden werden können. Zu diesem Zweck wurden die Gehirne von 18 Schizophrenen u. 5 Manisch-depressiven einer sogen. biometrischen Untersuchung unterworfen, deren Methodik genau geschildert wird und die im wesentlichen in der Feststellung des Gehirn-Volums u. -Gewichts, des Volumens des rechten u. linken Thalamus nach planimetrischen Methoden, des relativen Zellengehaltes auf 1 qmm von Schnitten von 10 mikra für die gleichen Gegenden, u. a. besteht. Die Ergebnisse sind in 3 Tafeln aufgezeichnet. Sie zeigen im allgemeinen keinen Unterschied in den mittleren Werten zwischen den Dement. präc.- u. den Man.-depress. Gehirnen. Auch die Vergleiche zwischen der rechten u. linken Thalamushälfte waren negativ. Nur schien der linke Thalamus die Neigung zu haben, größer und zellenreicher zu sein wie der rechte, was die Verf. zur Frage veranlaßt, ob dies auf eine Funktionsdominanz hinweise, wie sie für die Gehirnhemisphäre gelte.

L. Darrah, Aus dem Northampton-Staatskrankenhaus, Mass.: Die Schwierigkeiten, „normal zu sein".

Amüsante Plauderei über die Nichtexistenz des Normalmenschen, gespickt mit Äußerungen großer Männer, Psychiater, Philosophen, Dichter usw. über dieses Problem, und Anekdoten von Sonderlichkeiten ihres Lebens und ihrer Person.

M. Weinberg, Pittsburgh, Pa.: Zwei Fälle von Parkinson-Syndromen infolge Schädigung durch elektrischen Strom.

Der 1. Fall betraf einen 47jährigen Schneider, der beim Hören am Telephon von einem elektrischen Schlag über den Stuhl geworfen wurde; seitdem Nervenschmerzen auf der rechten Kopfseite von der Stirn- zur Hinterhauptseite, von Zeit zu Zeit Krämpfe in r. Hand u. r. Arm. Bei der Untersuchung 2 Jahre später Taubheit des r. Ohrs, grober Tremor beider Hände. Rigidität im r. Arm u. Bein. Deutliche athetotische Bewegungen in r. Hand, 6 Monate später völliger Verlust der mit dem Gehen verbundenen Armbewegung r., 5 Jahre später dasselbe Bild plus Babinski, Oppenheimreflex. 2. Fall: 44jährige Frau, beim Anstecken eines Kontaktes von einem elektrischen Schlag getroffen, der sie zu Boden warf, konnte von dem Augenblick an die r. Hand nicht mehr brauchen, verlor nach einer halben Stunde die Sprache. Untersuchung 5 Tage später: Leichtes Flattern der r. Pupille. Rechte Retinalvenen gefüllt. Ganz langsam, zähflüssig, linke Gesichtshälfte starr. Babinski r. positiv. Diagnose: Hemiparese r. mit Parkinson infolge einer Läsion der linken Basalganglion u. der inneren Kapsel. V. betont, daß solche Fälle, wie aus dem Schrifttum zu entnehmen ist, oft sehr lange, bis zu 7 Jahren nach dem Unfall, zu ihrer Entwicklung benötigen, öfters, wie obiger Fall 1, als psychogen aufgefaßt werden, ferner daß sie durch die Verschiedenartigkeit der einzelnen Symptome ausgezeichnet sind, die nicht abhängig vom Ort der Läsion zu sein brauchen, siehe 2. Fall, in dem der elektrische Strom durch eine Extremität eintrat.

Ch. Read, G. Heilbronn, E. Liebert, Aus dem Staatskrankenhaus Elgin, Illinois: Beobachtungen bei der Insulinbehandlung der Dementia präcox.

Von Februar 37 (Einführung der Insulintherapie) bis April 38 wurden 100 Fälle behandelt. Verf. folgten der Methode *Sakel*s, jedoch mit einigen Modifikationen, von denen die wesentlichste die ist, daß sie den Eintritt in das Stadium des ganzen tiefen Schocks mit völligem Aufgehobensein der Reflexe grundsätzlich vermieden. Sie sind auf Grund von Versuchen an Tieren mit steigenden Insulindosen, bei denen sie Gehirnschädigungen (Zellveränderungen u. a.) in direktem Verhältnis zur gegebenen Dose nachwiesen, überzeugt, durch ihre Modifikation die Gefahr von schweren Komplikationen zu vermeiden, sind auch der Ansicht, daß die Tiefe des Schocks für den Erfolg nicht wesentlich ist. Für die möglichste Niedrighaltung der gesamten Insulinmenge sei die Sensibilisierung, die die Kranken bis zu 70% aufweisen, der Haupthilfsfaktor. Bei seiner Beachtung konnten sie bis auf 40% u. weniger der zur Erreichung des Initialschocks nötigen Insulinmenge heruntergehen. Trotzdem konnten Komplikationen nicht ganz vermieden werden. 2 Patienten bekamen Hemiplegie, die im 1. Fall nach 12 Stunden wieder verschwand, im 2. als leichte Facialisparese bestehen blieb. Ein Unterschied zwischen Fällen mit oder ohne epilept. Krämpfe im Verlauf der Behandlung im therapeuti-

schen Effekt konnte nicht beobachtet werden. Von bis zu 8 Stunden verlängerten Schocks bei refractären Fällen sahen sie keine günstige Wirkung. Ergebnisse: Von 31 frischen Fällen (Krankheitsdauer nicht über 6 Monate) wurden 27 geheilt, 2 nur sozial gebessert, 2 ungeheilt. Von 32 Fällen (Krankheitsdauer 6—18 Monate) 17 geheilt, 4 wesentlich gebessert, die übrigen ungeheilt. von 37 chronischen Fällen keiner gebessert. In den Fällen von kürzester Krankheitsdauer wurden 7% Rückfälle, in den zwischen 6. u. 8. Monat 35% Rückfälle beobachtet.

B. Finesilver, Aus der neurol. Abteil. des Metropolitan-Krankenhauses. Welfare-Island, New-York City: Trigeminus neuralgie bei multipler Sklerose.

Verf. berichtet 3 Fälle, in denen typische Anfälle von Trigeminusneuralgie mehrere Jahre den sich später entwickelnden Erscheinungen einer multiplen Sklerose vorangingen u. vergleicht sie mit den bisher aus dem Schrifttum bekannten. Das neuralgische Symptom ist verursacht durch einen mehr peripher oder central gelegenen Plague. Die Behandlung ist dieselbe wie bei der Trigem. neuralgie ohne mult. Sclerose.

D. Goldman, Aus dem Longview-Staatskrankenhaus Cincinnati, Ohio): Epileptiforme Anfälle bei der Insulinschocktherapie.

Verf. untersucht bei 70 Kranken u. 3119 hypoglykämischen Schocks die verschiedenen Umstände, unter denen epileptische Anfälle zu beobachten waren, z. B., mit oder ohne Convulsionen, nach welchen Insulingaben, in welcher Schocktiefe, bei welcher Krankheitsdauer, in welchen Beziehungen zum Heileffekt u. a. Die statistischen Vergleiche sind in Tabellen aufgeführt. Schlüsse: Das Auftreten von Convulsionen ist eher ein Kennzeichen des Individuums als der Behandlungsmethode. Das Prozentverhältnis der von Anfällen begleiteten Schocks bei „convulsiven" Kranken ist 8,4, beim Gesamt der Kranken 3,9. Die älteren Fälle von Schizophrenie zeigen mehr Neigung zu epilept. Anfällen als die unter 1 Jahr alten. Dieser Unterschied könnte ein Hinweis auf eine organische Schädigung der Gehirnrinde sein. Die therapeutische Bedeutung der hypoglykämischen Convulsionen ist fraglich. Die durch Cardiazol herbeigeführten Krampfanfälle, kombiniert mit Schocktherapie. scheinen wirksamer zu sein wie die spontanen.

Januar 1940 Nr. 1 Band 91.

C. Wall, Aus dem Worcester Staatskrankenhaus, Massach.: Beobachtungen über das Verhalten der unter Insulin-Schock-Therapie stehenden Schizophrenie-Kranken:

Veranlaßt durch die Beobachtungen, daß das Verhalten gewisser Schizophrener im Insulinschock einen ganz individuellen Einschlag zeige, berichtet Verf. 4 Fälle jüngerer weiblicher Kranken, in denen der Krankheit ein erotisches Erlebnis vorausging, und in denen im Verlauf der Schockbehandlung während des Comas u. beim Erwachen zunächst Bewegungen wie Saugen. Beißen, Grimassieren um den Mund herum auftraten, die in späteren Comas dann von masturbatorischen oder coitusähnlichen Bewegungen mit sichtlicher sexueller Befriedigung abgelöst wurden. V. will beobachtet haben, daß mit den letzteren Erscheinungen Besserung auftrat, die in 1 Fall bestehen blieb. in den 3 übrigen mit deren Wiederverschwinden ebenfalls verschwand. V. glaubt deshalb, daß, wenn an einigen Tagen hintereinander solche sexuelle Symptome

aufgetreten seien, es Zeit sei, die Schockbehandlung abzubrechen. Sie könnten entweder psychoanalytisch als die Katharsis eines erotischen Konfliktes, dessen hemmende Kräfte durch das Insulin ausgeschaltet worden seien, oder als secundäre Teilerscheinung der allg. Rückkehr zur früheren gesunden Persönlichkeit aufgefaßt werden.

S. M. Bouton jun., Jngleside, Nebraska: Aus dem Hastings-Staatskrankenhaus: Zur Pick'schen Krankheit.

Eingehende klinische und pathol.-anatom. Beschreibung von 4 Fällen Pickscher Erkrankung. Herausstellung der differentialdiagnostischen Merkmale, die im Gegensatz zu früheren Annahmen die richtige, durch die Antopsie bestätigte, Diagnose in vita ermöglichten.

J. Bieber, Aus dem psychiatrischen Krankenhaus Belle-vue, New York City: Greifen u. Saugen.

Unter Greifreflex versteht V. den Reflex beim Neugeborenen, der hervorgerufen werden kann kurz vor und während des Saugens, u. wenn der Säugling von der ihn stützenden Unterlage am Arm aufgehoben wird. Der biologische Zusammenhang zwischen Saugen und Greifen besteht darin, daß zu der Zeit, da die unteren Gliedmaßen noch nicht zur Stützung dienen, zur Sicherung der Lage beim Saugen u. der Nahrungsaufnahme das Greifen dient. Diese Reflexkombination kann auch bei Erwachsenen wieder auftreten, wenn, wie es durch gewisse Erkrankungen des Zentralnervensystems geschehen kann, ähnliche Bedingungen, wie beim Neugeborenen, gesetzt werden. Verf. führt unter Beispielen aus der Literatur einen selbst beobachteten Fall einer multiplen Sclerose bei einem 48jährigen Neger an, der die Greif- u. Saugreflexe in markanter Weise zeigte.

R. Richter, Klinisch-pathologische Studie über parenchymatöse corticale Cerebellaratrophie.

Den über 20 aus der Literatur bekannten, pathol.-anatom. sichergestellten Fällen dieser Erkrankung fügt Verf. einen neuen ausführlich klinisch u. histologisch beschriebenen hinzu. Im Gegensatz zu der bisherigen Auffassung weist der Umstand, daß 1 Bruder u. 1 Schwester an den gleichen Erscheinungen erbrachten, auf eine erbbedingte Ursache hin.

R. Wartenberg, Aus der neurolog. Abteilung der Mediz. Universitätsschule San Francisco: Bemerkungen zur Myelographie.

Aus dem summarischen Bericht des V. über seine Erfahrungen mit der Anwendung der Myelographie während seiner Tätigkeit an der Nervenklinik Freiburg i. B. sei folgendes herausgegriffen: In einigen Fällen von Tumor in der oberen Lumbalregion konnte nach der lumbalen Injektion mit Luft die obere Hälfte der Luftsäule klar gesehen werden, scharf unter der Obstructionastelle endend. Wahrscheinlich ist Myelographie mit Luft nur möglich, wenn die Obstruction in die Lumbalregion fällt. Außerdem wurde Lipiodol „descendens" oder 40prozentiges Jodipin injiziert. Bei Gebrauch des Lipiodol „ascendens" (leichter als der Liquor) besteht Gefahr des Eindringens in die Schädelgrube. Das Cerebrum ist gegenüber dem L. wesentlich empfindlicher, was sich besonders an einem Fall zeigte. Ein mit Lipiodol suboccipital injicierter Kranker (Tumor in der oberen Dorsalregion) bekam

schwere Reizerscheinungen (Dyspnoe, Ohnmacht, Augenmuskelkrämpfe) in liegender Stellung, die in sitzender Stellung sofort verschwanden. Es ist nötig, um das Abwärtsfließen des Mittels zu befördern, ein Abwärtsfließen des Liquor durch entsprechende Stellung, Druck auf die Nackenvenen, die Augäpfel, Husten lassen usw. zu bewirken. Die Myelographie ist kein absolut sicheres diagnostisches Mittel, da die Passage des Öls nicht gestoppt sein kann, obwohl eine sichere Leitungsunterbrechung im Rückenmark besteht u. sie kann gestoppt sein, ohne daß doch ein Hindernis besteht, das chirurgisch anzugehen wäre. So kann ein einfaches lokales Ödem des Rückenmarks das Lipiodol zum Stoppen bringen, speziell in Fällen von bösartigen Wirbeltumoren. Die nicht unbedenkliche Myelographie sollte keine routinemäßige Untersuchung sein, sondern nur auf solche Fälle beschränkt bleiben, in welchen durch die übrigen Mittel der Untersuchung nicht entschieden werden kann, ob ein chirurgischer Eingriff zu machen ist oder nicht.

A. Gordon, Philadelphia, Aus der neuropsychiatr. Abteil. des Krankenhauses zu Coatesville, Pa.: „Rindenatrophie oder Tumor".

V. berichtet einen Fall eines 54jährigen Mannes mit folgenden klinischen Erscheinungen: Im Jahr 22 plötzliches Auftreten von Taubsein der rechten Seite u. Neigung nach rechts zu gehen, seit 1932 schwere paroxysmale Schmerzen in der rechten temporo-parietat. Region, zuweilen begleitet mit Schwindelgefühlen. Anfälle von Absencen von stundenlanger Dauer. Wutanfälle. Völlig arbeitsunfähig, sonst psychisch normal. Neurol. Befund: Unmöglichkeit mit geschlossenen Augen zu stehen, sofort Lehnen nach rechts u. Fallen. Schwitzen nur auf der r. Seite des Gesichts u. Körpers. Verminderte Sensibil. auf der r. Seite des Gesichts, der Nasenhöhle, des Pharynx. Rohe Kraft der rechten Extremitäten herabgesetzt. Kniereflexe auf beiden Seiten fehlend, sonst kein pathol. Reflex. Taubheit auf r. Ohr. Unilaterale Diplopie rechts. Augenhintergrund arteriosclerot. Gefäße, sonst o. B. Blut, Urin, Liquor, Wassermann negativ, Encephalogramm zeigt Dilatation des 3. u. 4. Seitenventrikel u. zahlreiche Herde von Prominenzen in den Subarachnoidealräumen. Es liegt somit ein pathologischer Status auf der r. Gehirnbasis, die Kerne mehrerer Hirnnerven in sich begreifend, u. in der r. Hälfte des Kleinhirns vor. Der zunächst liegenden Annahme eines Tumors des Kleinhirns widerspricht die völlige Abwesenheit von Hirndruckerscheinungen, das Erhaltenbleiben des normalen Augenhintergrundes während der 17 Jahre langen Erkrankung, der Charakter der Kopfschmerzen u. anderer Störungen, das nicht wesentl. gestörte Befinden des Pa. in den Zwischenzeiten. Diese klinische Erscheinungs- u. Verlaufsform findet sich hingegen in den im Jahr 1900 zum erstenmal von *Déjérine* u. *Thomas* histopathologisch beschriebenen, als olivo-ponto-cerebellare Atrophie bezeichneten und auch von späteren Autoren beschriebenen Fällen. Verf. glaubt seinen Fall unter diese einreihen u. von der Annahme eines etwa durch Operation anzugehenden Tumors absehen zu müssen, insbesondere wegen des festgestellten Encephalogrammbefundes, wie er sich häufig bei Rindenatrophie mit Arachnoiditis findet. Die genannte Störung sei vorwiegend auf der rechten Seite anzunehmen, wenn auch nicht auf diese allein beschränkt; die Dilatation des l. Seitenventrikels, das Aufgehobensein der Kniereflexe lassen die Ausbreitung der Störung auch auf die l. Rinde u. die hinteren Rückenmarksstränge vermuten. Die unregelmäßige Verteilung der Atrophiebezirke legen eine vasculäre Entstehung nahe, womit auch der Befund am Augenhintergrund übereinstimme.

Februar 1940 Nr. 2

L. Kerschbaumer, St. Peter, Minn.: Dichtung bei Schizophrenie u. anderen Psychosen.

V. ist der Meinung, daß dieser in das Innere der Kranken führende Schlüssel noch zu wenig beobachtet werde und bringt zahlreiche dichteriche für die Art der Erkrankungen kennzeichnende Produktionen. Zu eingehenderem Bericht ungeeignet.

S. Robinson, Chicago, Illin., Aus der medizinischen Abteilung, Rush Medical College: Ein Vergleich zwischen medizinischer und chirurgischer Behandlung der Blutdruckerhöhung mit besonderem Hinweis auf die Wichtigkeit psychischer Faktoren bei der Abschätzung der Erfolge, mit einem Bericht über 92 medizinisch behandelte Fälle.

Verf. weist gegenüber den Versuchen, den abnorm hohen Blutdruck durch gewisse Operationen (Resection d. N. Splanchnicus, Adrenalectomie u. a.), also durch einen reinen physiologischen Mechanismus zu senken auf die einfachen u. erweiterten Bedingungen u. Beziehungen venöser, vegetativer, psychischer Art hin, die für die chronische Erhöhung im gegebenen Fall verantwortlich zu machen sind. Nach einemVergleich seiner medizin. behandelten u. den chirurgisch angegangenen, im übrigen mit einer hohen Mortalitätsziffer belasteten, kommt V. zu folgenden Schlüssen: Die zuweilen guten Resultate nach den genannten Operationen sind durch indirekte Einwirkungen, wie Schock, Bettruhe, oder psychogene Faktoren zu erklären. Die meisten Fälle von Blutdruckerhöhung sind wahrscheinlich zentralen Ursprungs. Emotionelle Faktoren, Furcht, Konflikte, plötzlicher Schock des Nervensystems können eine Erhöhung verursachen. In weniger klaren Fällen kann ein ins Unbewußte verdrängter Konflikt eine Rolle bei Aufrechterhaltung des Drucks spielen. Ohne Zweifel ist die periphere Zirkulation besonders in der Haut u. im Gastrointestinaltrakt stark beeinflußt durch bewußte u. unbewußte psychische Zustände. Es bestehen Anhaltspunkte dafür, daß hierdurch bedingte Gefäßzusammenziehungen in der Haut ein wichtiges Element des Hypertonus darstellen. Psychotherapie wird wahrscheinlich der wichtigste Behandlungsfaktor des erhöhten Blutdrucks werden. Operativer Behandlung ist im allgemeinen zu widerraten.

P. Talkington u. *T. Cheavens*, aus dem Timberlawn Sanatorium f. nervösegeistige Erkrank. u. dem Baylor Univ. College, Dallas Texas: Insulinschocktherapie bei Korsakoffscher Psychose.

Verf. schildern einen Fall von chronischem Alkoholismus, der erst, als er andauernde Zeichen einer Alkoholpsychose in Form von deliranten Symptomen, Bewußtseinsstörung, Desorientierung, fortgesetzter Tremor des ganzen Körpers, Pupillenträgheit u. Miosis, Fehlen der Patellar- u. Achillessehnenreflexe u. a. darbot, u. eine 10tägige Behandlung im Krankenhaus völlig wirkungslos war, mit Insulin behandelt wurde. Nach dem 45. Schock waren keine Residuen der peripheren Neuritis und keine abnormen psychotischen Züge mehr nachzuweisen. Völlige Krankheitseinsicht.

A. Foxe, New-York, N.-Y.: Neurodermatitis — Pain Shock-Distilled Water?

V. berichtet einen Fall von unerträglichen Hautjucken, der, da als Ursache ein unterdrückter homosexueller Komplex angenommen wurde, psycho-

analytisch behandelt wurde. In einem kritischen Stadium dieser Behandlung riet V. zur Anwendung subcutaner Injektionen von destilliertem Wasser, auf die der Pat. schockartig mit heftigen augenblicklichen Schmerzen reagierte, mit kurz darauf folgender völliger Zession des Juckens. V. knüpft an den Fall allgemeine Erörterungen über die Problematik der Schocktherapie u. Therapie überhaupt, die sich nicht zum Bericht eignen, an.

L. Alford, S. Louis, Missuri: Eine einfache Auffassung der Aphasie.

Verf. wendet sich gegen das allzu ausgearbeitete System besonderer Aphasieformen und glaubt, daß das vorhandene Beobachtungsmaterial, sowie neuere Untersuchungen u. Erfahrungen der Hirnchirurgie eine einfachere Erklärung zulassen. Nach eingehender Kritik einzelner Aphasieformen u. Erläuterungen eigener u. dem Schrifttum entnommener Fälle gibt er selbst folgende Zusammenfassung: In dem Bestreben die Aphasielehre zu klären wurden zwei Gesichtspunkte neu eingeführt: 1. die Mentalität des Aphasischen ist intakt, aber labil (unstable) u. zur Ermüdung u. plötzlicher Konfusion geneigt. 2. Bei Gehirnläsionen können durch Reaktionserscheinungen wie Ödem-, Druck-, Zirkulationsveränderungen beträchtlich vom Ort der Läsion entfernt liegende Gehirnstellen für kürzere oder längere Zeit in Mitleidenschaft gezogen werden. Diese Gesichtspunkte sind durch neueres Beobachtungsmaterial gerechtfertigt. In diesem Licht besehen erscheint visuelle Agnosie als eine Kombination von gestörten Seheindrücken, herbeigeführt durch Einwirkung von Ödem auf die Sehbahnen, und einer labilen Mentalität, welche, infolge der Anstrengungen unter Schwierigkeiten zu visualisieren konfus wird — daher die Unmöglichkeit, gesehene Objekte zu identifizieren und ihren Gebrauch zu demonstrieren. Nominalaphasie hängt von 2 Faktoren ab, der labilen Mentalität, die sich in einer funktionellen Amnesie für Namen kundgibt, und einem milden Grad von Sprachstörung. Semantic-Aphasie (nach *Head*) ist eine reine Mentalitätsstörung. Intelligenz u. Auffassung des Aphasischen erfordern sorgsamste Prüfung, um sie richtig einschätzen zu können. Bei vernünftigen Testverfahren erscheint die Mentalität qualitativ intakt, nur variabel u. labil. Der Schluß von begrenzten mentalen Defekten auf eine strukturelle Basis bleibt immer zweifelhaft. Für alle mentalen Abweichungen, denen man bei Aphasischen begegnet, ist momentane Konfusion verantwortlich zu machen. In vorübergehender Form kommt und geht diese mit den Versuchen unter Schwierigkeiten zu sprechen und stellt das dar, was ein Defekt der inneren Sprache genannt wird. Eine tiefer u. länger andauernde, Elemente der Ermüdung und emotioneller Störung enthaltende Form betrifft fast die ganze mentale Aktivität. Was die Lokalisation anlangt, so haben der Gesichtspunkt von der Läsion entfernter Reaktionserscheinungen u. neue Erfahrungen der Gehirnchirurgie, die weniger von solchen Effekten begleitet ist, dazu geführt, manche Unklarheiten zu beseitigen. Aus den negativen Resultaten von chirurgischen Exzisionen scheint hervorzugehen, daß Sprachstörungen durch Läsionen jenseits der Grenzen der Zentralwindungen nicht herbeigeführt werden; frühere diesbezügliche Befunde sind auf die ferner gelegenen Reaktionserscheinungen zurückzuführen. In ähnlicher Weise ist die Störung der Seheindrücke bei der visuellen Agnosie in Verbindung zu bringen mit dem Ödem u. dem Druck, die die Sehtrakte betreffen und von der Läsion in den Occipitallappen fortgeleitet sind, welch letztere fälschlich als sekundäre Sehzentren angenommen worden sind. Mentale Konfusion u. Bewußtseinstrübung scheinen notwendigerweise nur durch Läsionen in der Nachbarschaft

des linken Thalam. opt. herbeigeführt zu werden — was für die Tatsache spricht, daß die Intelligenz intakt bleibt bei Rindenschädigungen, die zu Sprachstörungen Veranlassung geben. Die klinisch zu beobachtende Aphasie ist offenbar aus zwei separaten und zu separierenden Komponenten zusammengesetzt, einer labilen Mentalität, die ihren Sitz in der Basalregion hat u. einer Sprachstörung, zurückzuführen auf eine Affektion der motorischen und sensorischen Projektionsfasern. *Ast*, München.

Neuauflage des Binetariums

(Hilfsmittel zur Intelligenzprüfung nach Binet-Bobertag.)

Herausgegeben vom Deutschen Zentralinstitut für Erziehung und Unterricht. Der Kasten des Binetariums ist 23 × 34 × 5 cm groß und enthält Prüfungsmaterial in zwölf Fächern und in einem Block, übersichtlich für den praktischen Gebrauch angeordnet; ferner ausführliche Anleitung, eine Tabelle der Tests für die Altersstufen 3 bis 15/16 und einen Protokollbogen. Preis 12.— M., Anleitung 1 M., Protokollbogen 10 Pfg., 100 Stück 8 M. Ersatzteile aus dem Binetarium werden nur im Nachbezuge abgegeben. Zu beziehen nur vom Deutschen Zentralinstitut für Erziehung und Unterricht, Berlin W 35, Potsdamer Straße 51/53, nicht durch den Buchhandel.

Behandlung mißgestalteter Neugeborener

Jugendpsychiatrische Fachabteilung in der Landesanstalt Görden

Der Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden hat zur Behandlung der von den Ärzten und Hebammen zu meldenden mißgestalteten usw. Kinder in der Landesanstalt Görden bei Brandenburg a. d. H. eine Jugend-Psychiatrische Fachabteilung eingerichtet, die unter fachärztlicher Leitung sämtliche therapeutischen Möglichkeiten, die auf Grund letzter wissenschaftlicher Erkenntnisse vorliegen, wahrnimmt. Es ist beabsichtigt, außer dieser Abteilung noch weitere Anstalten und Fachabteilungen einzurichten. Der Reichsausschuß wird in der Folgezeit an die Amtsärzte, in deren Bezirk das jeweils zur Einweisung in Frage kommende Kind wohnt, herantreten und ihnen mitteilen, in welcher Anstalt das Kind Aufnahme finden kann. Sache der Amtsärzte ist es, die Eltern des in Rede stehenden Kindes von der sich in der näher bezeichneten Anstalt bzw. Abteilung bietenden Behandlungsmöglichkeit in Kenntnis zu setzen und sie gleichzeitig zu einer beschleunigten Einweisung des Kindes zu veranlassen. Den Eltern wird hierbei zu eröffnen sein, daß durch die Behandlung bei einzelnen Erkrankungen eine Möglichkeit bestehen kann, auch in Fällen, die bisher als hoffnungslos gelten mußten, gewisse Heilerfolge zu erzielen.

Falls sich Schwierigkeiten bei der Kostenregelung ergeben sollten, ist den Eltern anheimzustellen, sich an den Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden in Berlin W 9, Postschließfach 101, unmittelbar zu wenden. (Deutsches Ärzteblatt H. Nr. 29/30 1940.)



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND IHRE GRENZGEBIETE

GEGRÜNDET 1844 VON DAMEROW, FLEMMING UND ROLLER

OFFIZIELLES ORGAN DER GESELLSCHAFT DEUTSCHER NEUROLOGEN UND PSYCHIATER (PSYCHIATRISCHE ABTEILUNG) MIT BEILAGE »ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE«

herausgegeben von

HANS ROEMER

STUTTGART

Hundertsiebzehnter Band - Heft 3/4

Mit 3 Abbildungen im Text und einer Porträttafel

Ausgegeben am 26. März 1941



BERLIN 1941

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

Inhalt



Willy Hlosta, Wien VIII

Julius Wagner von Jauregg †

Julius Wagner von Jauregg †

Am 27. September 1940 ist der Altmeister der Psychiatrie *J. Wagner v. Jauregg* in Wien gestorben. Seine letzte Krankheit war von kurzer Dauer, so daß ihn der Tod aus voller Tätigkeit herausgeholt hat.

Sein äußerer Lebensgang war einfach und läßt sich daher in Kürze wiedergeben. *Wagner* wurde am 7. März 1857 in Wels (Oberdonau) als Sohn eines höheren Staatsbeamten geboren. Schon während des Medizinstudiums an der Universität Wien wurde er Assistent am Institut für allgemeine und experimentelle Pathologie des Professors *Stricker*, von wo auch seine ersten Arbeiten über Ursprung und Funktion der beschleunigenden Herznerven (1878) und über die respiartorischen Leistungen des Nervus vagus (1879) stammen. Beide Arbeiten sind in den Sitzungsberichten der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften veröffentlicht. Nach seiner Promotion arbeitete er an der 2. medizinischen Klinik unter *Bamberger* und wurde 1883 Assistent an der I. psychiatrischen Klinik des Professors *Leidesdorf*, die damals in der Wiener Landesirrenanstalt untergebracht war. 1889 wurde er zum Leiter der psychiatrisch-neurologischen Klinik der Universität Graz berufen, die er jedoch vier Jahre später wieder verließ, um in Wien die Leitung der Klinik zu übernehmen, aus der er selbst hervorgegangen war. 1902 endlich wurde er als Nachfolger *Krafft-Ebing*s mit der Leitung der psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik im allgemeinen Krankenhause betraut und hatte damit seine endgültige Stellung erreicht, in der er bis zu seiner Altersgrenze im Jahre 1928 verblieben ist.

*Wagner*s Tätigkeit auf dem Gebiete seines eigentlichen Faches war eine umfassende. Es gibt keine wichtige Fragestellung, mit der er sich nicht befaßt hätte. Die gründliche Vorbildung auf dem Gebiete der Pathologie und der inneren Medizin befähigte ihn in hervorragendem Maße dazu, Psychiatrie und Neurologie vom allgemein medizinischen Gesichtspunkte aus zu pflegen. Dieses Kennzeichen seiner persönlichen Arbeitsrichtung ist auch für seine Schule

bestimmend geworden. Wir finden unter seinen zahlreichen Arbeiten immer wieder Beziehungen zur inneren Medizin, wie zum Beispiel die beiden Veröffentlichungen mit *Gärtner* über den Hirnkreislauf aus den Jahren 1887 und 1899 zeigen; desgleichen eine Arbeit über die körperlichen Grundlagen der akuten Psychosen (1891), eine Arbeit über Psychosen durch Autointoxikation vom Darme (1902) und über die Beziehungen zwischen Gelenk- und Nervenkrankheiten (1924). Auch zwei Aufsätze über die lanzinierenden Schmerzen und über die gastrischen Krisen der Tabiker (1924 und 1926) zeigen deutlich seine allgemein medizinische Einstellung, desgleichen auch die beiden sehr bedeutenden Publikationen über die Folgen nach Wiederbelebung Erhängter (1889 und 1891).

Den Höhepunkt von *Wagners* Schaffen und zugleich die Grundlage seines Weltruhmes bilden seine Arbeiten über die Behandlung der Nerven- und Geisteskrankheiten, insbesondere der progressiven Paralyse durch künstliche Fiebererzeugung, die von einer Veröffentlichung aus dem Jahre 1887 über die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen ihren Ausgang genommen haben. Auf Grund klinischer Beobachtungen an Paralytikern, die eine auffallende Besserung des psychischen Zustandes nach Überstehen zufälliger fieberhafter Erkrankungen erkennen ließen, äußerte *Wagner* schon damals die Vermutung, daß das aktive Überstehen einer Infektionskrankheit jeder Art von künstlicher Fiebererzeugung überlegen sein müsse. Die Zeitumstände gestatteten ihm jedoch zunächst noch nicht, die praktische Folgerung aus dieser Erkenntnis zu ziehen. Unter seinen verschiedenen Versuchen künstlicher Fiebererzeugung spielten jedoch aus jener Erwägung heraus naturgemäß bakterielle Produkte und unter diesen wieder das Alttuberkulin *Koch* die führende Rolle. Erst im Jahre 1917, begünstigt durch die äußeren Umstände des Weltkrieges, konnte die entscheidende Tat mit der Malariaimpfung gewagt werden. Es dauerte aber noch 7 Jahre, bis endlich auf dem Naturforschertag zu Innsbruck 1924 *Wagners* Großtat die gebührende Anerkennung fand. In der Folgezeit zeigen zahlreiche Mitteilungen über die Pathologie der Impfmalaria, über die Biologie der Plasmodien und über die verschiedenen Möglichkeiten der Kombination und Gegenbehandlung, wie sehr *Wagner* bis zu seinem Tode bestrebt war, seine therapeutische Schöpfung zu verbessern und theoretisch zu unterbauen. Auch zur Frage der Rekurrensbehandlung und der künstlichen Fiebererzeugung durch physikalische Methoden hat *Wagner* Stellung genommen.

Wagner hat auch versucht, die an der Paralyse und den syphilitischen Nervenerkrankungen überhaupt gemachten Erfahrungen mit Reizkörpertherapie auf andere Erkrankungen des Nervensystems anzuwenden. Wenn auch diese Versuche keineswegs immer von befriedigenden Erfolgen begleitet waren, so liegt ihre große Bedeutung doch darin, daß sie die Entwicklung einer therapeutischen Richtung angebahnt und gefördert haben, die heute aus der Medizin nicht mehr weggedacht werden kann. Hierher gehört auch ein merkwürdig wenig beachteter und doch sehr bedeutsamer Aufsatz über spezifische und unspezifische Behandlung der Geisteskrankheiten, der im Jahre 1931 in der Festschrift zu *Nonne*s 70. Geburtstage erschienen ist. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde). *Wagner* empfiehlt hier in Fällen von endogenen Psychosen, in denen Anzeichen für einen spezifischen Infekt bestehen, bei der Auswahl des Reizkörpers auf diesen Infekt Bezug zu nehmen und weist in diesem Zusammenhange besonders auf die möglichen Beziehungen zwischen Tuberkulose und Schizophrenie hin. Es wären demnach Besserungen nach einer Tuberkulinbehandlung so zu erklären, daß die Sanierung des Infektes (der natürlich ebensogut ein anderer als ein tuberkulöser sein könnte) günstigere Bedingungen für den Ablauf der psychischen Störung schaffen.

Ein anderes Arbeitsgebiet, das *Wagner* mit Unterbrechungen sein ganzes Leben lang beschäftigt hat, nimmt seinen Ausgang von einer experimentellen Untersuchung über die Folgen der Exstirpation der Schilddrüse, die *Wagner* als Assistent im Jahre 1884 veröffentlicht hat. Seine weiteren Untersuchungen führten ihn in Länder in denen der endemische Kretinismus herrschte, insbesondere nach Oststeiermark, wovon zahlreiche Veröffentlichungen Zeugnis ablegen. Seine Versuche zur Behandlung des Kretinismus durch Schilddrüsensubstitution sind von großer Bedeutung für die Entwicklung der hormonalen Therapie überhaupt. Das gehäufte Auftreten von Strumen bei Jugendlichen in der ersten Zeit nach dem Weltkriege veranlaßte *Wagner*, sich für die Einführung der Vollsalzprophylaxe in Österreich einzusetzen. Unter dem Einflusse einiger Internisten, die Schädigungen durch die im Vollsalz enthaltenen minimalen Jodmengen befürchteten, war jedoch die Vollsalzbehandlung bisher nur in unvollkommenem Maße möglich.

Von größter Bedeutung sind *Wagner*s Arbeiten auf zwei Gebieten der klinischen Psychiatrie, in denen er bahnbrechend gewirkt hat: es sind dies die Erblichkeitslehre und die gerichtliche Begutachtung. Die Mendelschen Gesetze hat sich *Wagner* bald nach

ihrer Wiederentdeckung zu eigen gemacht. Er hat aber schon vorher auf Grund seiner klininschen Erfahrung zu wichtigen Fragen in einer Weise Stellung genommen, deren Berechtigung erst viel später durch die methodischen Arbeiten der Schule *Rüdins* ihre Bestätigung gefunden hat. Zu erwähnen sind hier die Arbeiten zur Veranlagung der Paralytiker (1900), über erbliche Belastung (1902 und 1906) und endlich der Festvortrag über Erblichkeit in der Pathologie, den *Wagner* in der feierlichen Jahressitzung der Gesellschaft der Ärzte 1928, also kurz vor seinem Rücktritt, gehalten hat.

Wagners Tätigkeit auf dem Gebiete der gerichtlichen und sozialen Psychiatrie war vorbildlich und schöpferisch. Über die offene Irrenfürsorge und über den Rechtsschutz der Geisteskranken sind grundlegende Mitteilungen bereits in den Jahren 1900 und 1901 erschienen. Besondere Erwähnung verdienen auch seine Ausführungen über die Entmündigung, die in einem Gutachten des obersten Sanitätsrates vom Jahre 1907 zusammengefaßt sind. Die österreichische Entmündigungsordnung, deren Güte bekanntlich durch zahlreiche Nachahmungen erwiesen ist, dürfen wir zum größten Teil als *Wagners* Werk ansehen. Ferner liegen von ihm zahlreiche Fakultätsgutachten vor, die zum Teil in der Wiener klinischen Wochenschrift veröffentlicht wurden. Sie sind für jeden psychiatrischen Sachverständigen eine Fundgrube des Wissens.

In den ersten Jahren nach dem Weltkriege wurde *Wagner* durch das gehäufte Auftreten von Laienhypnotiseuren, Telepathen u. dgl. veranlaßt, sich auch mit diesen Fragen zu beschäftigen. Eine Reihe von Aufsätzen und einige Gutachten, die im obersten Sanitätsrate erstattet wurden, sind das Ergebnis dieser Tätigkeit. Sie zeigen zugleich, daß *Wagner* ein guter Psychologe war, wenngleich er für die moderne philosophische Richtung in der Psychiatrie wenig übrig hatte. Er glaubte von Anfang an nicht daran, daß diese Forschungsrichtung, trotz unbestreitbar bedeutenden geistigen Leistungen, uns der Erkenntnis des Wesens der Krankheit näher bringen würde.

Gelegentliche Beschäftigung mit der Triebpsychologie findet ihren Ausdruck in einer Arbeit über krankhafte Triebhandlungen (1912) sowie in der sehr bedeutenden und viel zu wenig bekannten Abhandlung über die Arbeitsscheu (1923). Ihre besondere Erwähnung ist deshalb von Wichtigkeit, weil gegen *Wagner* immer wieder der Vorwurf einer einseitigen ablehnenden Stellungnahme gegenüber der *Freud*schen Psychoanalyse erhoben wurde. *Wagner* hat im Gegenteil *Freuds* Bedeutung immer in gerechter Weise anerkannt. Daß er aber den Versuchen der psychoanalytischen

Schule, aus der klinischen Psychiatrie einen Tummelplatz ihrer sexualpsychologischen Ausschweifungen zu machen, einen harten und unbeugsamen Widerstand entgegensetzte, ist ihm um so mehr als Verdienst anzurechnen, als in der Zeit der Hochblüte der Psychoanalyse mancher andere Kliniker bedenkliche Anwandlungen von Schwäche und Unsicherheit zeigte. Es verdient in diesem Zusammenhange hervorgehoben zu werden, daß an *Wagners* Klinik bereits seit 1922 ein psychotherapeutisches Ambulatorium bestanden hat.

Noch in den letzten Jahren bewies *Wagner* durch eine Reihe von Veröffentlichungen, daß er auch in der neuesten Richtung der angewandten Psychiatrie mitreden konnte und wollte. Zwei Aufsätze über Eugenik (1931 und 1935) und ein Gutachten über das Eherecht der Geisteskranken legen davon Zeugnis ab.

Wagners bis in das höchste Alter unverminderte geistige Fassungs- und Urteilskraft ermöglichten ihm überhaupt, auch außerhalb seines Arbeitsgebietes zu allen Zeitfragen Stellung zu nehmen. Jedes Gespräch mit ihm war daher ein großes Erlebnis. Darüber hinaus, wie es üblich ist, eine abschließende Schilderung seiner Persönlichkeit zu geben, muß ich mir versagen, da dies von seinem Nachfolger im Lehramte, *O. Poetzl*, in derart vorbildlicher Weise geschehen ist, daß es Vermessenheit wäre, dem noch etwas hinzufügen zu wollen. *Wagner* ist viele Jahre Vorstandsmitglied des Deutschen Vereins für Psychiatrie gewesen und hat noch bis in die letzten Jahre die Veranstaltungen der Fachgesellschaft, auch in ihrer neuen Gestalt, regelmäßig besucht, so daß der Eindruck seiner Persönlichkeit bei der Mehrzahl der Mitglieder, die ja den hauptsächlichen Leserkreis dieser Zeitschrift bilden, gewiß noch in genügend lebendiger Erinnerung ist.

Verzeichnisse der wissenschaftlichen Arbeiten von *J. Wagner v. Jauregg* finden sich in der Wiener medizinischen Wochenschrift von 1928 und 1937 sowie in Band 48 der Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie. Sie sind von *A. Pilcz* zusammengestellt. *Pilcz* verdanke ich auch das folgende Verzeichnis der letzten Publikationen des Meisters.

Neurologie: Über Pathologie und Therapie der Tabes. Wr. med. Wo. 1937, S. 661.

Zur Fiebertherapie: Derzeitige Behandlung der progressiven Paralyse. Wr. klin. Wo. 1939, S. 1075.

Schilddrüse: Über die Ausbreitung der Kropfprophylaxe durch jodiertes Speisesalz. Wr. klin. Wo. 1927, S. 797.

Über den Erbkropf. Wr. tierärztl. Monatsschrift, 1937, S. 556.

Kropfbekämpfung und Kropfverhütung in Österreich, unter Benützung amtlicher Grundlagen bearbeitet. Wien 1938.

Ist das Entstehen des Kretinismus durch intrauterine Behandlung der Frucht zu verhüten? Schweizer med. Wo. 1938, S. 246.

Über jodhältiges Speisesalz. Wr. klin. Wo. 1939, S. 111.

Über Kropfverhütung durch jodiertes Wasserleitungswasser. Wr. med. Wo. 1940, S. 207.

Forensische Psychiatrie: Über Eherecht der Geisteskranken (Gutachten Oberster Sanitätsrat, 1907).

Die Tätigkeit des Vereines für Psychiatrie auf forensisch-psychiatrischem Gebiete. Jahrb. für Psychiatrie, 1928, S. 130.

H. Kogerer, Wien.

Untersuchungen und Beobachtungen an geisteskranken Juden

Von

Oberarzt Dr. **Walter Horn**

(Aus der Mainfr. Heil- u. Pflegeanstalt Werneck, Direktor: Dr. *Papst*)

(Eingegangen am 20. November 1940)

Der Reichsminister des Inneren hat in einem Erlaß vom 30. 8. 1940 angeordnet, daß alle in psychiatrischen Anstalten befindlichen geisteskranken Juden in einer Anstalt untergebracht werden.

Diese Entscheidung des Innenministeriums wurde in den Anstalten mit allgemeiner Zustimmung aufgenommen. Wurde doch einem unerträglichen Zustand das Ende bereitet, auf das man schon längst wartete. Denn der weitere Aufenthalt von Juden in den öffentlichen und privaten Anstalten bedeutete einerseits für Ärzte und Pflegepersonal bei der Behandlung und Betreuung eine im nationalsozialistischen Staate nicht mehr tragbare Belastung und andererseits forderte die Einstellung des Großteils der nicht jüdischen Kranken und ihrer Angehörigen von selbst die Entfernung dieser Fremdrassigen. Früher gab es zwar eigene größere, jüdische Privatanstalten (Seyn). Allein diese Anstalten kamen nur für den vermögenderen Teil der jüdischen Geisteskranken in Frage und dann meistens nur bis zur Erschöpfung der Geldmittel. Hierauf wies man diese Kranken den öffentlichen Anstalten zu und versorgte sie aus öffentlichen Mitteln, ja man richtete in manchen Anstalten rituelle Küchen ein und verpflegte sie aus diesen. Diesem Übelstand ist endlich abgeholfen worden und mit der Entfernung der geisteskranken Juden aus den Heil- und Pflegeanstalten ist wieder ein Abschnitt rassenpolitischer und rassenhygienischer Maßnahmen zum Abschluß gekommen.

Bei dieser Gelegenheit einen Rückblick über die Durchsetzung unserer Anstalten mit geisteskranken Juden zu gewinnen, ist nicht

von geringer Bedeutung. Insbesondere interessieren alle damit zusammenhängenden Fragen der psychiatrischen Diagnostik, der psychischen Hygiene, der Erbbiologie, der Rassenpolitik und der sozialen Medizin.

Wir haben diesen Versuch an dem Akten- und Krankenmaterial der mainfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Werneck unternommen. Feststellungen wurden getroffen über die Zahl der Unterbringungen, der Aufnahmehäufigkeit, über Dauer des Anstaltsaufenthaltes, ferner über örtliche Herkunft, soziale Schichtung und Kriminalität. Aufschlußreich schienen auch die Untersuchungen über die Arten der Geistesstörungen und gerade der bei den Juden beobachteten Verschiedenheit der klinischen Bilder, ferner der erblichen Belastung und der Todesursachen zu sein.

Zur Materialgewinnung ist zu sagen, daß an Hand der vorhandenen Aufnahmebücher seit dem Jahre 1855, dem Eröffnungsjahr der Anstalt, alle Konfessionsjuden herausgesucht wurden. Die Erfassung nach rassischen Gesichtspunkten war nicht möglich, so daß wahrscheinlich vorhandene konvertierte Rassejuden unter der Religionsbezeichnung einer der christlichen Konfessionen für die Auffindung verdeckt blieben. Aus dem gleichen Grund konnten auch die Mischlinge nicht erfaßt werden. Unter Hinweis auf diese Fehlerquellen ist also eine genaue Auswertung des Anteils der geisteskranken Juden unter der Gesamtbevölkerung des Aufnahmebezirks und dessen geisteskranken Anteils nicht feststellbar. Auch muß berücksichtigt werden, daß zum Aufnahmebezirk die psychiatrische Klinik in Würzburg gehört.

Es wurden in der Anstalt Werneck in der Zeit vom 1. 10. 1855 bis 15. 9. 1940 an geisteskranken Juden aufgenommen:

Männer 158, Frauen 162

Gesamtzahl: 320 Juden.

Diese 320 Juden wurden 453mal in Werneck aufgenommen, oder 1 jüdischer Geisteskranker kam 1,4mal wieder. 73 Kranke waren bevor sie hierherkamen in anderen Anstalten oder Kliniken, davon 26 in Psychiatrischen Kliniken, 29 in Anstalten, 18 in Pfründen und Gefängnissen.

Vergleich mit der Gesamtaufnahmezahl in Werneck:

Männer: 6846 Aufnahmen, darunter 218 Juden = 3,1 v. H.
Frauen: 6919 Aufnahmen, darunter 235 Jüdinnen = 3,3 v. H.
Gesamtaufnahmen: 13675, darunter 453 jüdische = 3,2 v. H.

Die Frequenz der Anstalt (Bestand und Zugänge) eingeteilt in Dekaden zeigt die Übersicht I.

Übersicht I.

Frequenz der Anstalt Werneck

Jahr	Bestand			Zugänge		
	NJ	J	J vH.	NJ	J	J vH.
1856	94	5	5,0	0	0	0
1860	228	21	8,4	79	9	10,2
1870	350	17	4,6	104	2	1,8
1880	419	29	6,4	134	8	5,9
1890	550	34	5,8	161	6	3,5
1900	615	39	5,9	175	11	5,9
1910	881	46	4,9	198	5	2,4
1920	521	17	3,1	155	5	3,0
1930	698	16	2,2	202	0	0
1940	875	12	1,3	258	7	2,7

Anm.: NJ = Nichtjuden, J = Juden, J vH. = Jud. Hundertsatz

Während also die Zahl der Anstaltsjuden bei rascher Zunahme der Nichtjuden gleichmäßig heruntergeht, sinkt die Zahl der jüdischen Zugänge unregelmäßig ab. Der starke Sturz zwischen 1910 und 1920 ist durch die Eröffnung der Tochteranstalt in Lohr bedingt.

Die Verteilung der kranken Juden auf die 3 Verpflegsklassen ergibt in der I. Klasse = 54 Pfleglinge, in der II. Klasse = 71 und in der III. Klasse befinden sich mit 195 die meisten. Sehr lehrreich ist die Eingliederung nach Beruf und Stand, beweist sich doch auch hier, daß der Jude kein Freund grober, handlicher Arbeiten ist und dem Erwerb durch Handel und Unternehmungen zustrebt.

Übersicht II.

Berufliche Schichtung

Berufsschichten	♂	♀	jüd. Norm. Bev.[1]
I. Land- u. Forstwirtsch.	1 = 0,6 vH.	2 = 1,2 vH.	1,0 vH.
II. Industrie u. Handwerk	23 = 13,9 vH.	11 = 6,7 vH.	22,6 vH.
III. Handel u. Verkehr . .	109 = 68,9 vH.	102 = 62,9 vH.	55,2 vH.
IV. Öffentl. Dienste . . .	17 = 10,7 vH.	20 = 12,3 vH.	6,6 vH.
V. Häusl. Dienste . . .	3 = 1,8 vH.	16 = 9,8 vH.	0,3 vH.
VI. Berufslose Rentner . .	5 = 3,1 vH.	11 = 6,7 vH.	14,2 vH.

Demnach stammen Zweidrittel der jüdischen Kranken aus dem kommerziellen Sektor, während dieses in der jüdischen Normalbevölkerung gut die Hälfte, und bei Nichtjuden höchstens 14 v. H.

[1] Ich habe die Vergleichszahlen von der jüdischen Normalbevölkerung nach *Günther* zum Vergleich in der Übersicht aufgeführt.

ausmacht. Auch die Zahl der Gruppe IV ist fast doppelt so hoch. Ich erkläre mir das nicht aus besonderer Disposition dieser Kreise zu Geistesstörungen, sondern aus örtlichen Verhältnissen heraus. Anstalt und Schloß Werneck waren besonders zur Zeit des als Direktor tätigen Prof. *Gudden* (1855—69) eine gerade von den Juden gern aufgesuchte Heilstätte.

Diese stammen meistens aus Städten innerhalb und außerhalb des Aufnahmebezirks wie aus Übersicht III hervorgeht.

Übersicht III.

Berufliche Schichtung und Aufnahmebezirk

Gruppe	Stadt	Kleinstadt	Land	Aufn. bezirk	außerh. Aufn.bezirk
I	0	0	3	3	0
II	8	6	20	34	0
III	102	29	80	154	57
IV	20	3	14	30	7
V	2	2	15	17	1
VI	8	0	8	12	4

Zu den einzelnen Berufsgruppen ist noch folgendes zu sagen: Bei Gruppe II werden als Handwerker besonders Metzger, Bäcker und Schneider bevorzugt. Die Berufsgruppe Handel (III) liefert, wie zu erwarten war, viele Wein-, Hopfen-, Lederhändler, dazu eine Anzahl Bankiers. Von den 57 Handelsjuden, die von außerhalb des Aufnahmebezirkes aufgenommen wurden, stammen 24 aus der einstigen Judenmetropole Frankfurt/Main.

In der Gruppe „öffentliche Dienste" finden wir meistens Vertreter der Rechtswissenschaft. Ärzte und Lehrer sind in gleicher Zahl vertreten. Häusliche Dienste werden ausschließlich von weiblichen Bediensteten geleistet (Gruppe V).

In das Ausland sind ausgewandert vor Ausbruch der Psychose und von dort zurückgekehrt 33 Juden (10 v. H.). Auswanderungsziele sind gewesen Amerika, England und Frankreich.

Zu den jüdischen Familiennamen werden häufig die Namen von Städten, Ortssitzen, Besitzungen und Volksstämmen entliehen. So zählte ich in unserem Material 16 verschiedene Städtenamen. Allein der Name „Bamberger" kam siebenmal vor, „Frank(e)" achtmal. Häufig stammen die Namen auch aus der Tierwelt, wie Adler, Löb, Hirsch. Besonders beliebt ist Strauß. Manchmal leitet sich der Name von Berufsständen her, wie Kaufmann, Gold- und Silberschmidt oder er geht auf Judenstämme zurück: Levi, David,

Aron. Wenig Begüterte hatten sich „Dorfzaun“, „Zollfrei“, oder „Rindskopf“ nennen müssen. Die Benutzung wohlklingender Blumennamen ist ebenfalls sehr beliebt. In der Verbindung mit der Rose kommen hier vor: Rosenbaum, -busch, -blatt, -band, -thal, -feld, -gart.

Die Häufigkeit bestimmter Straftaten bestätigt sich auch nach unseren Untersuchungen. *Wulffen* schreibt in seiner „Psychologie des Verbrechers“: „Die Juden, welche meist in Industrie und Handel tätig sind, weisen auch bei den Delikten dieser Erwerbsgruppe, bei Betrug, Urkundenfälschung, Bettel die höhere Kriminalität gegenüber Christen auf“. Übersicht IV bestätigt das vollauf.

Übersicht IV.

Kriminalität

Sittl. Delikte	5
Eigentums-Delikte	9
Brandstift. Delikte	2
Verg. Blutschutzgesetz	1
Sonst. Delikte (Betrug, Urk.fälschung).	11

Von den 28 Verbrechern konnten 12 den Schutz des § 51 Abs. 1 RStGB. und 2 den § 51 Abs. 2 in Anspruch nehmen.

Die Auswertung des Familienstandes und der Altersstufe bei den Erstaufnahmen, nach Geschlechtern ausgeschieden, bestätigen auch hier den Ausbruch der Psychosen (Schizophrenie und Circuläres Irresein) in den Gefährdungsperioden von 16—30 Jahren und 31—45 Jahren.

Übersicht V.

Familienstand und Altersstufe

Altersstufe	ledig ♂	ledig ♀	verh. ♂	verh. ♀
0—15 Jahre	3	1	0	0
16—30 ,,	55	49	2	19
31—45 ,,	39	16	32	25
46—60 ,,	6	17	12	19
61—70 ,,	2	5	4	4
über70 ,,	0	2	3	5

Die noch hohe Zahl von Frauen in dem Lebensabschnitt von 46—60 Jahre geht sicherlich auf die involutiven, praesenilen Störungen im Anschluß an die Wechseljahre zurück.

In der nächsten Übersicht habe ich die Dauer des Anstaltsaufenthaltes dargestellt.

Übersicht VI.

Dauer des Anstaltsaufenthaltes

	♂	♀	zusammen
unter 1 Monat	16	8	24
1— 6 Monate	40	32	72
7—12 ,,	17	17	34
1— 3 Jahre	30	24	54
3— 6 ,,	12	24	36
6—10 ,,	8	6	14
10—25 ,,	19	29	48
25—40 ,,	10	6	16
über40 ,,	2	6	8

Wir sehen, der Anstaltsaufenthalt ist bei mehr als der Hälfte der jüdischen Kranken mit dem 3. Jahr beendet. Bei mehr als einem Viertel schon nach 6 Monaten. Die längste Zeit (54 Jahre) blieb eine schizophrene Jüdin untergebracht, bei den Männern ein Manischer mit 53 Jahren.

Der Zustand bei der Entlassung, getrennt nach Geschlechtern, war folgender.

Übersicht VII.

Entlassungsbefund.

Entlassen als:	♂	♀	zusammen
geheilt (genesen)	27	32	59
gebessert	55	72	127
ungeheilt	73	63	136
gestorben	63	68	131
Zahl	218	235	453

Wie man hieraus entnimmt läßt sich hinsichtlich der Prognose kein Unterschied zwischen den Geschlechtern feststellen.

In der Anstalt verstorben sind 131 Juden. Das Alter der Verstorbenen liegt in der Hauptsache im 4. und 5. Lebensjahrzehnt, bei einem Großteil noch später.

Übersicht VIII.

Alter der Verstorbenen.

Alter in Jahren	♂	♀	zusammen
0—15	0	0	0
16—30	3	6	9
31—45	21	13	34
46—60	18	23	41
61—70	14	12	26
über70	8	13	21

Der älteste, ein Manisch-depressiver, wurde 88 Jahre, bei den Frauen die älteste, eine Schizophrene, 89 Jahre alt.

Die nächste Übersicht ergibt die festgestellten Todesursachen, die meist durch Autopsie gesichert wurden.

Wir sehen bei einem Vergleich der Zahlen in Übersicht IX, daß die Sterblichkeit an Tuberkulose (Lunge) eine sehr hohe ist. Unser Ergebnis steht damit in Widerspruch zu den Befunden von *Staemmler*, der unter der jüdischen Normalbevölkerung fand, daß die „Mortalität an Tuberkulose geringer" sei als bei der Wirtsbevölkerung. Auch *Günther* kam zu dem Schluß, daß unter den Juden Schwindsucht und Lungenentzündung geringer als bei Nichtjuden sei.

Übersicht IX.

Todesursachen.

	♂	♀	zusammen
Inf. Kr. Tbk.	9	17	26
Grippe . . .	2	0	2
Neubild. (Carcinom)	3	0	3
Stoffw. Kr.	0	1	1
Sepsis (Decubitus) . .	5	3	8
Z. N. S. u. Stat. epil.	8	1	9
Gehirn (Apoplexie) . .	2	3	5
Herz u. Gefäße . . .	13	9	22
Atmung Bronch. . .		1	1
Pneumo. . .	9	11	20
Verdauung	2	7	9
Harn- u. Geschl.org.	0	1	1
Suicide u. Unfälle . .	4	1	5
Altersschwäche . . .	6	8	14
unbekannt	0	5	5
zusammen	63	68	131

Der Grund für die Häufigkeit der Tuberkulosen ist ohne Zweifel in den starken Infektionsmöglichkeiten innerhalb der Anstalt selbst zu suchen. Im Wernecker Totenregister machen die tuberkulosen und pneumonischen Erkrankungen schon immer 20-25 v. H. der Fälle aus. Nicht verwunderlich ist daher auch die Zahl von 20 Todesfällen an Pneumonie. Mit *Günther* deckt sich unsere Beobachtung über die Häufigkeit der Sterblichkeit an Herz- und Kreislaufstörungen, dagegen treten die Carcinomfälle bei den geisteskranken Juden zurück, ebenso die Stoffwechselstörungen.

Die sonstigen Mortalitätsziffern bewegen sich auf normaler Höhe, lediglich die Sterblichkeit infolge des sog. „status epilepticus" tritt noch stärker in Erscheinung.

Unsere Untersuchung wendet sich nach diesen allgemeinen, sozialmedizinischen und rassenhygienischen Betrachtungen nunmehr dem eigentlichen psychiatrischen Teil zu. Nach *Lange* sollen Man.-depr. Irr. (circuläres Irr.), Schizophrenie und Progressive Paralyse häufiger bei Juden vorkommen, während Alkoholismus und Epilepsie seltener wären. Unter den 320 hiesigen Kranken konnten wir 300 diagnostisch, trotz der Eigenartigkeit mancher Zustandsbilder, ziemlich klar erfassen. Alte Krankheitsbezeichnungen wie Paranoia, Dem. paranoides, sek. Seelenstörung kehrten meist unter unserer Bezeichnung als Schizophrenie wieder. Für die Feststellung des circulären Irreseins diente die klassische Symptomatik *Kraepelin's* als Vorbild. Übersicht X bringt die Diagnosenaufteilung nach Geschlechtern.

Übersicht X.

Diagnosenaufteilung.

	♂	♀	zusammen
Schizophrenie . . .	48=16 vH.	70=23,3 vH.	118=39,3 vH.
Man.-depr. Irr. . . .	35=11,7 vH.	56=18,6 vH.	91=30,3 vH.
gen. Epilepsie . . .	8	2	10= 3,3 vH.
Schwachsinn	9	6	15= 5 vH.
Progr. Paralyse . .	17	2	19
Psychopathie u. Suchten (Alkoh. Morph.)	16	6	22
Senile Erkrankg.	8	14	22
Organ. Psychosen	2	1	3
unbekannt[1]) . . .	12	8	20

Aus der obigen Übersicht entnehmen wir, daß auch bei den Juden Schizophrenie und Man.-depr. Irr. die hauptsächlichlichsten Geistesstörungen sind. Während die Schizophrenie bei den Nichtjuden ungefähr 55—60 v. H. der Anstaltskranken ausmacht, beträgt sie bei den Juden etwas weniger, knapp 40 v. H. Das circuläre Irresein steigt von den nichtjüdischen Kranken (15—20 v. H.) auf rund 30 v. H. Beide Krankheiten, die in ziemlicher, gleichmäßiger Verteilung vorkommen, umfassen fast 70 v. H. aller geisteskranken Juden. Rechnen wir noch Epilepsie und Schwachsinn hinzu, so wären 78 v. H. der Wernecker Anstaltsjuden als erbkrank im Sinne des Gesetzes zu erachten gewesen.

Die folgenden Ausführungen sollen sich weiter mit diesen zwei Hauptkrankheiten beschäftigen.

[1]) Ohne prozentuale Berücksichtigung oben.

Die circulären Psychosen (Man.-depr. Irr.) kommen in verschiedener Form vor. Das Verhältnis zwischen den depressiven, manischen und circulären Krankheitsbildern beträgt bei den Männern 3: 4: 1, bei den Frauen hingegen 5: 4:2, so daß also die Männer mehr zur Manie, die Frauen dagegen zur Depression neigen. *Lange* fand bei seinem Münchener Material 3: 4 (Depression: Manie).

Bei den Depressionen ist der periodische Verlauf sehr häufig. Bis zu 7 Phasen konnten in einzelnen Fällen beobachtet werden. Die Depressionen dauern gewöhnlich 4—5 Monate, oft auch bis zu einem Jahr. Häufig ist die „agitierte Melancholie" mit stärksten Angstgefühlen, Wahnvorstellungen akustischer Art und Suiciddrang anzutreffen. Vorwürfe, Selbstanklagen, Verhungerungsideen kehren immer wieder. Versündigungsideen sind seltener, ebenso Schlafstörungen. Zahlreich sind die hypochondrischen Beschwerden. Bilder des depressiven Stupors mit katatonem Gepräge (Hemmung mit Übergang zur Sperrung, Nahrungsverweigerung) sind verschiedentlich bei Frauen erkennbar. Chronische Depressionen, sog. „erstarrte Melancholien" sind spärlich. Bei den Männern treten zur Depression öfters noch reaktive Mischzüge hinzu, denen ausschließlich wirtschaftliche Gedanken zugrunde liegen.

Die manische Phase zeigt gesteigerte Agilität mit gehobener Stimmung, Ideenflucht, auch stärkste Paroxysmen mit zornig-gereizter Stimmung. Eine erhebliche, gesteigerte sexuelle Ansprechbarkeit ist durchweg nachweisbar. In 2 Fällen scheinen sich schizophrene Beimischungen (akustische Halluzinationen) durchsetzen zu wollen. Alkoholgenuß übermäßiger Art ist bei den Männern vorhanden. Größenideen (Berufung zu hohen staatlichen und religiösen Ämtern) sind zu Beginn der akuten Manie wiederholt nachweisbar. Bei den verhältnismäßig häufigen periodischen Formen kehren körperliche Unsauberkeit und Nachlässigkeit im Höhepunkt der Phase wieder.

Die Dauer einer manischen Phase ist ungefähr 1—2 Monate, nur einmal wurde ein sehr weiter manischer Bogen von 13 monatiger Dauer in dreimaliger Wiederholung festgestellt. Die Intervalle, die meist durch unzufriedene, gereizte, mürrische Haltung — ähnlich denen der Depression — gekennzeichnet sind, erscheinen zu Beginn der Psychose oft sehr lang, werden aber später zeitlich immer kürzer. Der Übergang der phasischen Manie in die chronische ist unter Rückgang der Stärke der Manie fließend.

Der zirkuläre Verlauf des Man.-depr. Irr. der Juden erfolgt sowohl in langgestreckten, als auch in kurzen Bögen. Der längste Bogen in einer manischen Phase bei zirkulärem Verlauf über-

spannte 13 Jahre, bei einer Depression 10 Jahre. Allgemein hatte ich den Eindruck, daß der depressive Bogen sowohl zeitlich, als auch dem Inhalt nach, länger als der manische zu sein scheint. Im depressiven Bogen sind die suicidalen Äußerungen seltener, dagegen katatone Mischzüge häufiger. *Kraepelin* hat früher bereits auf diese Beobachtung hingewiesen. Bei Frauen sind in der manischen Phase des Bogens besonders geltungssüchtige Tendenzen und gesteigerte Erotik herauszulesen.

Von Bedeutung ist eine Übersicht über die Dauer des Anstaltsaufenthaltes der Manisch-depressiven gegenüber den Schizophrenen. Zieht man als Grenze das Ende des 3. Jahres, so verbleiben demnach Zweidrittel (62) der Man.-depr. bis zu dieser Zeit in der Anstalt. Ein Drittel (29) ist länger als 3 Jahre untergebracht gewesen. Bei den Schizophrenen liegt der Anstaltsaufenthalt nach dem 3. Jahr um die Hälfte höher als bis zum 3. Jahr. Näheres zeigt die folgende Übersicht.

Übersicht XI.

Dauer des Anstaltsaufenthaltes bei Mdpr. Irr. u. Schizo.

	Schizo.	Man.-depr.
unter 1 Monat	5	6
1— 6 Monate	16	26
7—12 ,,	4	15
1— 3 Jahre	18	15
3— 6 ,,	14	10
6—10 ,,	6	3
10—25 ,,	29	13
25—40 ,,	11	2
über 40 ,,	7	1

Unter den Schizophrenien der Juden steht mit großem Abstand die paranoide Form an der Spitze, sowohl bei den Männern als bei den Frauen. Gekennzeichnet ist diese durch die bekannten Erscheinungen der primären echten Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten, besonders des Gehörs, der gedanklichen Zerfahrenheit und Inkohaerenz. Der Verlauf ist ein schubweiser. Manchmal entsteht der Eindruck der Periodizität, besonders bei den Formen mit gesteigerter Psychomotorik, die man früher mit „akuter Verwirrtheit“ oder „periodische Halluzinationen“ (*Schröder*) bezeichnete. Jetzt würde man sie unter die „Motilitätspsychosen“ (*Kleist*) einreihen. Ein Großteil dieser Psychosen endet, oft erst nach Jahrzehnten, in einer sekundären Demenz.

Selten sind bei Juden die Zustände der Dementia simplex. Bei unseren wenigen Fällen dieser Art kommt es in jüngeren Jahren zur gemütlichen und intellektuellen Abflachung und schließlich zur Versandung.

Dagegen sind die expansiven Paranoiker mit Größenideen (hohe und höchste Persönlichkeiten zu sein, Reichtümer zu besitzen) öfters zu beobachten, auch der paranoide Hochstapler, der die Grenze zur Psychopathie streift, fehlt nicht. Der gespannte, gereizte Autist mit negativistischer Einstellung gegen seine unmittelbare Umgebung ist seltener. Oft sind am Anfang oder im Verlauf der Psychose atypische, depressive Zustände wahrzunehmen. Auch ist bei Frauen der Ausbruch der Psychose mitunter an äußere Ereignisse gebunden (Tod an Angehörigen, Liebschaften, Gravidität).

Manieforme Zustände im Verlauf des schizophrenen Schubes sind nicht außergewöhnlich. Diese fallen auf durch akustische Halluzinationen, Verwirrungszustände, Bewegungsdrang mit erotischer Einstellung, vor allem bei den Frauen, und dazwischen geschalteten, kurz dauernden Depressionen, denen jedoch der adäquate Affekt fehlt. Die Endzustände dieser Formen gehen, soweit ich sie verfolgen konnte, häufig erst nach vielen Jahren in Verblödung über.

Suicidversuche und -vorstellungen sind nur bei den paranoischen Formen häufiger. Epileptiforme Anfälle in geringer Zahl als Begleitsymptome habe ich nur bei 3 Kranken gefunden.

Unter den Katatonien kommen bei den Männern mehr die Formen der akuten Erregungszsutände vor. Diese steigern sich bis zur Tobsucht und wechseln bald mit Stupor und katatoner Haltung. Bei den Frauen sind die Erscheinungen der Katalepsie häufiger. Unterschiede bei der Hebephrenie zwischen Juden und Nichtjuden bestehen an sich keine. Bei den wenigen hier vorgefundenen Fällen herrschen die läppisch-alberne Wesensart und die primäre Demenz vor.

Eine direkte, nachweisbare Belastung liegt von den 118 Schizophrenen bei 58 vor und von den 91 Manisch-depressiven (Circulären) bei 53. Die Häufigkeit und Art der Heredität geht aus der Übersicht hervor.

Übersicht XII.

Belastung bei Schizophrenie und zirkulärem Irresein.

	Gr.Elt. Oheim	Eltern	Geschw	Kinder	Onkel Tante	Neffe Nichte	Vetter Base	Enkel
Schizo.	4+ 1— 3 ø 1 S	4+ 10— 6 ø 1 S	24+ 10— 11 ø 1 S	1+ 2— 1 S	3+ 4— 8 ø 4 S	1+ 3 ø	6+ 3— 6 ø 1 S	1—
Mdpr.	1+ 2— 3 ø	12+ 10— 3 ø 6 S	22+ 8— 8 ø 5 S	4+ 1— 1 ø	3+ 3— 8 ø 4 S	1+	2+ 5— 6 ø 1 S	

Anm.: + = gleichnamige, — = ungleichnamige, ø = unbekannte Psychose S = Suicid.

Wir finden unter den Schizophrenen bei den Geschwistern und Vetter-Basen eine große Zahl gleichnamiger Psychosen. Unter den unbekannten psychischen Störungen bei Eltern und Geschwistern gehören sicherlich noch die meisten zur Schizophrenie. Die ungleichnamigen Krankheiten setzen sich aus Man.-depr. Irr., Schwachsinn, Epilepsie und Psychopathie zusammen.

Bei den Man.-depr. waren Eltern und Geschwister bereits zu einem Großteil an dieser Krankheit leidend gewesen. Auch die Mehrung der Selbstmorde fällt bei diesen auf. Die Zahl der unbekannten Psychosen tritt zurück. Die ungleichnamigen Geistesstörungen verteilen sich wie vorstehend. Auch an diesem kleinen Material zeigt sich, daß das Manisch-depressive mehr der „Schwere nach fällt" oder besser gesagt in der direkten Linie sich weiter vererbt.

In der folgenden Übersicht ist zur Vervollständigung der Statistik eine Auswertung des Lebensalters der an Schizophrenie und Man.-depr. Irr. Verstorbenen erfolgt.

Übersicht XIII.

Altersverteilung bei Man.-depr. Irr. und Schizophrenie.

Altersverteilung	Man.-depr. Irrs.	Schizoph.
0—15 Jahre	0	0
16—30 „	1	7
31—45 „	8	11
46—60 „	13	18
61—70 „	6	8
über 70 „	7	9

Die weitere Durchforschung unserer Fälle nach körperlich-konstitutionellen Gesichtspunkten ergibt aus den Krankenblättern, daß bei den Schizophrenen die schwächlich-asthenische Figur um mehr als das Doppelte die kräftig-pyknische übertrifft. Bei den Circulären überwiegen erwartungsgemäß die kräftigen Elemente um ein geringes die schwächlichen.

Überhaupt ist die Auswertung der rassischen Merkmale aufschlußreich. Bestätigen sich doch daraus zahlenmäßig die sonst durch die gewöhnlichen Beobachtungen bekannten Tatsachen über den Phänotypus der jüdischen Rasse.

Übersicht XIV.

Rassenmerkmale bei Juden.

Konstitut.		Figur			Haarfarbe			Augenfarbe			Sonst. Merkmale	
schw.	kräft.	klein	mitt.	groß	blond	braun	schw.	blau	grün-grau	braun	orient. Typ	Nase geb.
32	26	66	45	3	10	26	51	12	9	44	3	15

Wir entnehmen der Übersicht, daß die kleine und mittelgroße Figur bei schwächlicher bis kräftiger Konstitution hervortritt. Die semitischen Rassezeichen der Haare und der Augen werden sehr deutlich offenbar: Schwarzes Haar und braune Iris herrschen vor, auch die gebogene Nase wird in den Krankenblättern hervorgehoben. Als weitere degenerative Zeichen werden Mikrozephalie, abstehende Ohren und wulstige Lippen aufgeführt.

Zusammenfassung

320 jüdische Geisteskranke der Heil- und Pflegeanstalt Werneck, die in der Zeit von 1855—1940 behandelt worden sind, wurden statistisch, von verschiedenen Gesichtspunkten aus gesehen, untersucht. Es ergaben sich interessante Feststellungen über Herkunft, berufliche Schichtung, Altersaufbau der Aufnahmen, Dauer des Anstaltsaufenthaltes, Entlassungszustand, kriminelle Vergehen und Todesursachen.

Weiterhin wurde die psychiatrische Einordnung der Krankheitszustände und ihrer wechselnden Bilder vorgenommen und in weiteren Ausführungen die klinischen Verlaufsformen der Schizo-

phrenie und des zirkulären Irreseins mit ihrer erblichen Belastung und Altersverteilung gewürdigt.

Zum Schluß wurden noch die phänotypischen Ergebnisse der untersuchten Juden angegeben.

Schrifttum:

1. *Günther*, Rassenkunde des jüdischen Volkes, Verlag Lehmann, München. — 2. *Lange*, Über Man.-depr. Irr. bei Juden, M. med. Wschr. Nr. 42/1921. — 3. *Staemmler*, Todesursachen bei Deutschen und Juden, M. m. Wschr. Nr. 17/1940. — 4. *Wulffen*, Psychologie des Verbrechers 1909.

Generativer Mechanismus und Persönlichkeit bei den Schizophrenen

Von

G. Kujath

(Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Charité Berlin, Direktor vormals Geh. Rat *Bonhoeffer*.)

Die Auseinandersetzung mit den Gegebenheiten des Generationslebens, ferner die Gestaltung sexueller Erlebnisse innerhalb des Wahns bei den Schizophrenen sind Gegenstand der folgenden Untersuchung, die sich auf ein Krankenmaterial von 225 Fällen, 129 Frauen und 96 Männern, erstreckt. Mit Rücksicht auf die Publikation geht die Darstellung bewußt über obszöne Einzelheiten hinweg. Die Wiedergabe der Krankengeschichten beschränkt sich auf das zum Verständnis der prinzipiellen Zusammenhänge Notwendige.

An den Anfang der Ausführungen seien einige Grundtatsachen des physiologischen Sexuallebens gestellt.

Eine der wesentlichen Eigentümlichkeiten der leib-seelischen Dynamik ist die polare und gegensätzliche Gerichtetheit. Das gesamte Sein des Menschen ist nach dem Vorgange *Hegels* eingespannt in eine Welt konträr gerichteter Sphären, unter denen hier in erster Linie der Gegensatz des Geistigen und Dionysischen interessiert. Je stärker die Individualität, um so tiefer ist auch der Gegensatz zum Allgemeingültigen und Gattungsmäßigen. Den harmonischen Ausgleich zu finden, bleibt Lebensaufgabe. Der Sexualtrieb erstrebt die Aufhebung vitaler Gegensätze und gipfelt in dem ekstatischen Erleben der Einheit und Totalität. Was ohne Vergewaltigung der Tatsachen mit naivem Bewußtsein erfaßt werden kann, stellt sich im Wesentlichen dar als ein Aneignen, Einverleiben, Ergänzen körperlicher Attribute. Damit würde das Bewußtsein des Leibes in den Mittelpunkt einer Phänomenologie der Sexualität treten. Der generative Vorgang ist nicht nur spezifische, lokalisierte Sensation, sondern gleichzeitig Innewerden des gesamten körperlichen Daseins. Anschauliche Elemente, die be-

sonders optischen und sensiblen Eindrücken entstammen, verbinden sich mit affektiven Zuständlichkeiten zu dem komplexen, halb bewußten, halb instinktiven Gefüge der Körperlichkeit, die der Innenschau gegliedert erscheint in einen sensorischen und motorisch-exkretorischen Pol. In der unmittelbaren Erfahrung fällt der phänomenale Körper keineswegs mit dem objektiven Eigenraum zusammen, sondern ist in seinen Ausmaßen weitgehend vom Zustande des Selbstes oder von der Lokalisation des Ausgangspunktes der bewußten Anschauung abhängig. Vor allem unter der Einwirkung starker Affekte erscheint der eigene Körper zuweilen geradezu aufgehoben. Eben dieses Verschwinden der leiblichen Gegenständlichkeit macht den Akt der Einung oder Verschmelzung zweier Individien möglich, wobei jedes sein Selbst im Anderen als vollendet erlebt. Das Gefühl innerer Gleichheit formt ein zweites Beziehungszentrum des Fühlens und Denkens, dem — außerhalb des eigenen Ich — die leib-seelischen Existenz als zugehörig erlebt wird. Hier liegen Mechanismen zugrunde, die der ästhetischen Einfühlung von *Lipps* und dem Vorgang der personifizierenden Apperzetion *Wundt*s weitgehend entsprechen. Die Wirklichkeit wird einem Idealbilde gemäß ergänzt. Die gleiche Beseelung vollzieht im Prinzip der Primitive, der seine Emotionen in Geistern objektiviert.

Wir ordnen unser Material nach entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten und wenden uns einer Gruppe Jugendlicher und ähnlich eingestellter älterer Schizophrener zu (21 Jugendliche im Alter von 16—24 Jahren, 15 Ledige vom 25.—50. Lebensjahr).

Jugendliche Schizophrene

Es sind zumeist infantile, unselbständige Persönlichkeiten, „Musterkinder", mit psychischer und biologischer Unterentwicklung. Verspätung der Menarche und Hypoplasie der Generationsorgane runden das Erscheinungsbild zu bestimmten und bekannten Konstitutionstypen. Die Psychose stellt sich dar als blande Form der Hebephrenie und zeigt besonders in akuten Fällen Ansätze von Wahnbildung.

Die Eingliederung des Generationskomplexes führt zu ernsten Konflikten. Die mit der normalen Reifung einsetzende Selbstentfaltung und Ablehnung der Kindheit bleiben aus. Das Ich sieht sein Ideal in der Familie vorgebildet und entnimmt der Umgebung Inhalt und Form der Seinsweise. Indem die Entwicklung des Persönlichkeitsbewußtseins von Möglichkeiten und Vorbildern absorbiert ist, wird die reale Körperlichkeit aus dem Ichbereich aus-

geschaltet: sie gilt als das Uferlose, das die gradlinige und unbewegliche Front der allgemeingültigen Werte durchbricht, und wird nach Maßgabe ethischer und ästhetischer Maxime bedeutungslos gemacht. Angst und Schuldgefühl vor der Sexualität verbergen sich nicht selten hinter Gleichgültigkeit und Prüderie oder erhalten durch neugieriges Wissenwollen eine ambivalente Tönung. Sexualangst wirkt in einigen Fällen pathognetisch wie auch pathoplastisch auf die Psychose ein. Die Wahnerlebnisse einer pubertierenden Schizophrenen zeigen symbolisch verkleidete, die Integrität des eigenen Körpers verletzende Eingriffe von Deflorationscharakter mit allen Zeichen der Vernichtungsangst. In einem männlichen Parallelfall sind während der Psychose physiologische Veränderungen Gegenstand wahnhafter Angst. In beiden Fällen dürfte sich das Angstgefühl im Wesentlichen darauf beziehen, daß der Körper seine Bedeutung als fixes Bezugssystem der Erfahrung verliert. Seelische und körperliche Entwicklung treten auseinander und laufen unvereint nebeneinander her. Während sich bei dem männlichen Individium die Angst auf das unmittelbar Eigenkörperliche erstreckt, geht die vermeintliche Bedrohung in dem weiblichen Fall von dem Fremden und Unbekannten aus, das von außen her in die Persönlichkeit eindringt, wobei sich eine Parallele zu der mehr somatischen Fundierung der männlichen Sexualität im allgemeinen ergibt. Wie weit hier an der Kindheitsphase festgehalten werden kann, zeigen die Maßnahmen eines Zwanzigjährigen, der sich in der Psychose die sekundäre Geschlechtsbehaarung einschließlich der Augenbrauen wegrasierte.

Gegenüber dem Bestreben, den sexuellen Dingen die Existenzberechtigung überhaupt zu entziehen, wird der generative Pol in weiteren Fällen zum Ausgangspunkt für den Rausch des eigenen Lebensgefühls. Hierbei fehlen objektgerichtete Äußerungen des Gattungsbewußtseins. Dies gegenstandslose Fühlbarmachen der somatischen Existenz in der Masturbation liegt außerhalb der biologischen Endziele und abseits der Selbstentfaltung in Gegensätzen, die sich zur Neuschaffung synthetisch zusammenschließen müssen. Die Angaben der Kranken lassen erkennen, daß der Effekt in einer Erhöhung der psychophysischen Integration besteht, die insofern von Bedeutung ist, als sich hiermit eine Intensivierung des Persönlichkeitsgefühls verbindet. Es wird von Erleichterung der motorischen Abläufe und Bestätigung des Daseins gesprochen.

„Dadurch arbeitet die Gedächtnismaschine besser, das Gehirn bekommt Strom, der Unternehmungsgeist wächst und die Vergangenheit steht klarer

vor mir, ich bekomme ein Gefühl dafür, daß ich lebe, während ich sonst den Sinnen so entfremdet bin.“

In anderen Fällen handelt es sich lediglich um die Ausfüllung einer inneren Leere. Es bestehen verwandtschaftliche Beziehungen zur Sucht. Hierdurch sind Defekte gekennzeichnet, wo sich die Lebensäußerungen in dem mechanischen Wechsel von Rezeption und Exkretion erschöpfen und die bloße sensible Empfindung der Absorption durch das Nichts entgegenwirkt. Diese unspezifisch gewordenen körperlichen Sensationen mögen eine unerläßliche Vorbedingung sein für die Identifizierung der eigenen Person wie in einem Fall von Hyperkinese mit somatopsychischer Ratlosigkeit bei einer 16jährigen Schizophrenen, deren unaufhörliche Bewegungen sich als ständiges Betasten und Umschlingen des Körpers zu erkennen geben. Autosexuelle Vorgänge werden in der Psychose einer 22jährigen Schizophrenen angesichts einer Körper- und Selbstentfremdung („Durchdringung des Körpers und der Organe mit Stahl“, „Stillstand und Tod“) zu lebenswichtigen vegetativen Funktionen von Ausscheidungscharakter. Die intensivste Körpergefühle vermittelnden Regionen halten offensichtlich in der Bewußtseinsrepräsentanz der schizophrenen Entindividualisation am längsten stand. Im Chaos vermitteln die animalischen Tätigkeiten die Unmittelbarkeit des Eigen-körperlichen und das Gefühl der Spontaneität („Belebung des Kreislaufs und Erleichterung der Atmung“). Die phylogenetisch ältesten Strukturen, zu denen die Detumescenzakte vor dem jüngeren Kontrektaktionstrieb gehören, werden zuletzt abgebaut.

Jugendliche Sexualstruktur zeigen einige ältere Schizophrene mit Defektsymptomen oder mit Erkrankungsformen, die hinsichtlich Rezidiv von ungünstiger Prognose sind. Die ängstliche Ablehnung der Jugendlichen geht hier in eine direkt feindliche Einstellung zu den sexuellen Dingen über. In drei Fällen herrscht die Überzeugung vor, „ganz embryonal und unterentwickelt zu sein“. Mit dem Gedanken an eine sexuelle Betätigung verbinden sich Vorstellungen der Körperschädigung. Von der Gegengattung distanziert man sich mißtrauisch oder sieht doch nur allgemeinmenschliche Qualitäten in ihr. Sexuelle Regungen werden durch bewußt ablenkende Willenshandlungen unterdrückt. „Ich weiß mit den Dingen nicht Bescheid, es ist eben schmutzig.“

Der rein animale Drang bleibt in anderen Fällen älterer lediger Schizophrener die alleinige Auswirkung des Triebes bei gänzlicher Gleichgültigkeit gegenüber Personen beiderlei Geschlechts.

In dem Tagebuch der Friederike Ml. findet sich ein Aufsatz: Der Mann und die Frau. „An seinen Früchten ist der Mann zu erkennen. Jede Vermassung und Uniformierung ist männlich... Herunterdrückung der Frau unter ihre ehemals freien ausstrahlenden Kräfte der Kulturerzeugung in die bloße Sphäre des Geschlechts... Unerhörte Machtbestialitäten des Mannes... Die männliche Unruhe, die Zentrumslosigkeit, der Drang zur Entäußerung, Verzettelung und Verstreuung ist symbolisiert in der wahllosen Ausstoßung... Frau und Welt sind entsprechend: Ein gemeinsames innerstes Zusammenhangserfahren, Symbol für jeden schöpferischen Akt überhaupt... die Frau erschuf Ackerkultur, erfand das Schlingen und Knüpfen im Gewebe, unter ihren Händen erstand die Töpferei, bei ihr wird Bewußtsein Selbstbewusein, während der Mann dazu neigt, Bewußtsein als bloßes Ichbewußtsein, Egoismus und damit Weltzerlösung zu entwickeln."

Es handelt sich um eine 30jährige ledige Hebephrene, die eine Puppe mit sich herumtrug, worin sie den Wunsch, „früh zu heiraten, der Kinder wegen, um nicht immer allein sein zu müssen", realisierte. Das Gefühl der Mutterschaft scheint die einzige Manifestation des generativen Bewußtseins zu sein. Die Einstellung zum männlichen Geschlecht entspringt einem ganz neutralen Gattungsgefühl. Mit der wahnhaften Identität von Ich und Welt verbinden sich im Falle Lt. Mutter- und Pflegeinstinkte zur Vorstellung einer alma mater und einer imganiären Parthenogenese. Auch für Ml. liegt der Sinn des eigenen Lebens in dem symbolischen Zusammenhang von ideeler Mutterschaft und Welt. In der Erkenntnis, daß sich die produktiven Möglichkeiten des Weiblichen erst durch die Gegengattung verwirklichen lassen, erfährt über gleichgültige Ablehnung hinaus das Sexuelle, dessen Sinnbild im Manne erblickt wird, leidenschaftliche Verleugnung. Die Zusammenhänge erinnern an die Ideen der Frauenrechtlerinnen oder an das Mutterrecht der Naturvölker, das der Frau in Ansehung elterlicher und männlicher Ansprüche die Alleinherrschaft zusichert.

Die Tendenz zur Abgrenzung des Sexuellen geht im Falle des 28jährigen Schlossers Reimer Fe. bis zur Selbstkastration.

Vom Erbgesundheitsamt Berlin wurde die Sterilisierung wegen Schizophrenie angeordnet. In mehreren Schriftsätzen hat F. über die übliche Sterilisierung hinaus die völlige Entmannung gefordert und diese dann selbst durchgeführt. Es werden folgende Anschauungen entwickelt. Die Drüse befinde sich zwischen Körper und Seele. Während die Seele mehr im Magen sitze, liege der Mittelpunkt des Körpers im Generativen. Lebensenergie und körperliche Widerstandskraft haben ihren Sitz in den Keimdrüsen, durch deren schlechte Funktion ein Mißverhältnis zwischen Seele und Körper verusacht würde. Der Körper werde fremd und müsse erneuert werden. „Die Drüse hat mich mein ganzes Leben lang beschäftigt, insofern sie Sekrete absonderte, die keine Harmonie zwischen Geist und Körper zustande gebracht haben. Sie hat keine Liebe zum Weibe, sondern nur Müdigkeit, Gedankenlosigkeit,

Leere, Unlust und Energielosigkeit verursacht." Aus den Schriftsätzen des F. an das Erbgesundheitsgericht: „Antrag des Reimer F. wegen Unfruchtbarmachung durch Kastration, daß die Geschlechtsdrüsen durch Operation entfernt werden... Eine Sterilisierung halte ich nicht für angebracht, da dann der kranke Samen bei mir bleibt... Als meine völlige Geschlechtsreife eintrat, brach meine Krankheit durch und nahm mich in Besitz, eine Kraft kam in mir auf, die mit dem andern kämpfte, aber keine von beiden gewann... so bin ich nun ein Mensch, der zwei Gesichter hat..."

Auf primitiver Stufe kultureller Entwicklung sind die äußeren Generationsorgane Träger einer magischen Kraft und gelten als Sitz der Seele. Ähnlich behaupten die Organe auch im Falle Reimer F. eine zentrale Stellung im körperlichen Verbande. Aber die ursprüngliche Bedeutung liegt nicht in der Fähigkeit der Arterhaltung und der Auswirkung einer schöpferischen Zeugungskraft, sondern in der Möglichkeit der Erneuerung der eigenen Vitalität durch den Ausgleich eines Gefühls von Unkörperlichsein, das durch die mit der Ejakulation verbundenen Verschiebung des Biotonus ins Gefühl der Schwere und körperlichen Fülle übergeht. Indem der genitale Pol auf der Gegenstandseite der unmittelbaren Erfahrung vom Körperlichen verbleibt, werden Mißempfindungen der körperlichen Sphäre gerade auch auf die Tätigkeit der Generationsorgane bezogen. Andererseits bekommt die „Krankheit" mit ihrer Ambivalenz des Gefühlslebens („innerer Zwiespalt, doppeltes Gesicht") und der Insuffizienz des Körperbewußtseins Beziehungen zur genitalen Sphäre deshalb, weil mit der Pubertät eine leib-seelische Entwicklung Platz greift, für die sich die Persönlichkeit nicht zuständig fühlt. Die Libido als objekt-gerichtete Sexualität bedingt „ein Wesen, das ich nicht bin", womit wohl ein Zustand gemeint ist, der durch die innere Bindung an das Objekt eine Unterbrechung der Kontinuität des Selbstgefühls mit sich bringt. Die Unsicherheit der Triebfixierung und die Ambivalenz der objektbezogenen Gefühle stehen zu dem Einheitsbestreben der Persönlichkeit in Widerspruch. Die Diskrepanz zwischen Ich und Körperpol verschwindet beim Vorherrschen des körperlichen Füllegefühls im Rausch. Damit erscheinen die Generationsorgane als Vermittler zwischen Seele und Körper. Soweit sie aber Träger der objektgerichteten Sexualität sind, bleiben sie Feind der persönlichen Einheit und werden aus dem Körperverbande entfernt. Die Selbstkastration erfüllt somit den neutralen Präpubertätszustand.

Als Gegenstück hierzu der Fall eines 31jähr. verheirateten Schizophrenen (Otto Re.), der unter Einwirkung des Sterilisierungsverfahrens zu der Vorstellung vom Raube der vitalen Kräfte gelangte. Im Falle der jugendlichen Sexualstruktur (Reimer F.) steht die genitale Zone lediglich im Dienst der Sensibilisierung des Eigenkörperlichen. Bei dem Verheirateten erkennt sich

das Ich, das mit der in den Testikeln vergegenständlichten magischen Lebensenergie identifiziert wird, in der Außenwelt und den kosmischen Zusammenhängen wieder, wobei der Generationsmechanismus zum Symbol der Welterneuerung erhoben wird.

Jugendliche und Ledige mit Triebobjektivation und hebephrenem Liebeswahn.

Im Verfolg der genetischen Betrachtung schließen sich ältere unverheiratete Schizophrene an (20 Männer und 17 Frauen im dritten und vierten Lebensjahrzehnt), bei denen die Psychose zur Wahnbildung, besonders in der autopsychischen Sphäre und zur Entwicklung von Liebeswahn tendiert. Insofern der masturbatorische Akt auf ein ideelles Objekt bezogen ist, hat sich der elementare vegetative Drang zentriert und einem Gattungsbewußtsein subsumiert. Überwiegen die generellen Sexualmechanismen, so ist die Masturbation nichts anderes als ein fetischistischer in den peripheren Schichten der Persönlichkeit ablaufender Vorgang. Mit der Detumescenz heftet sich der innere Blickpunkt von der Gesamtheit des vergegenwärtigten Objekts ausgehend an einzelne, die Gattung repräsentierende Merkmale (Gottfried Fn., 25 J.). In der Psychose werden nicht selten imaginäre mechanische Einwirkungen auf die sexuelle Sphäre erlebt, die aus der wahnhaften Autonomie des Körperlichen hervorgehen und Anlaß zu Exzessen werden können. In anderen Fällen ist die Masturbation ein symbolischer Vorgang der Fühlungnahme und der vorgestellten leibseelischen Verschmelzung mit einer spezifischen Liebesgestalt. Die äußere Gleichgültigkeit in erotischen Dingen erscheint als Auswirkung bestimmter Wesenszüge, wie sensitive Veranlagung, elektives Ansprechen auf ganz spezifische Bedingungen, Antriebslahmheit im Sinne *Kretschmers*. Die Kranken selbst pflegen ihre Reserviertheit rational mit sozialer Gefährdung oder Vermeidung der endgültigen Entscheidung und Scheu vor dem Risiko zu motivieren. *Kraepelin* sieht in den genannten Gepflogenheiten der Schizophrenen einen Ausdruck der scheuen Zurückhaltung, wodurch den Kranken die Annäherung unmöglich gemacht sei. *Bleuler* weist auf den Zusammenhang mit Autismus und den Wegfall von Hemmungen hin. Auf der gleichen Linie mit der Unfähigkeit zu persönlichem Kontakt überhaupt liegen auch das Fehlen der Integration von Ausdruckswillen und impulsivem Vorsatz zu ideegemäßer Formung einer wirklichen Situation, sowie die innere Unsicherheit in der aktiven Selbstentfaltung. Hinzu kommt eine gewisse Undifferenziertheit oder Inkohärenz des Gattungsinstinktes, die der Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins (*Bonhoeffer*) und

der geringen Immanenz des indivduellen Bewußtseins im Körperlichen parallel geht. Gerade hier tritt eine Unsicherheit der Objektfindung im Sinne einer bisexuellen Veranlagung hervor, bei der sich in Übereinstimmung mit den Feststellungen *Kretschmers* neben Entwicklungshemmungen des Genitales auch Zeichen von psychischem Infantilismus vorfinden. Bezeichnenderweise ist der adäquate Idealtyp der Gegengattung nichts anderes als ein aus der Nivellierung des sekundären Geschlechtscharakters hervorgegangenes Konglomerat intersexueller Attribute, während die biologisch vollwertigen Vertreter der Gegengattung ignoriert oder mit Sarkasmus abgelehnt werden (Herbert Pp.).

Aus dieser Gruppe sei der Fall des 30jähr. Studenten Rolf Hh., einer autistischen, infantilen, aber sehr intelligenten und mathematisch begabten Persönlichkeit etwas ausführlicher dargestellt. Reale Beziehungen zu Frauen bestanden so gut wie nicht. Dem in der Persönlichkeit begründeten passiven Verhältnis zur weiblichen Gattung entsprechen die Besonderheiten der masturbatorischen Phantasien. Gelegentlich tritt eine dem Stoffetischismus analoge Triebperservität an die Oberfläche. Wieweit sich hierbei das gestalt- und gegenstandslose Körpergefühl von persönlichen Beziehungen und biologischen Zielen entfernt, erscheint beachtlich. In der Psychose wird ein genealogischer Wahn (Stammvater des Volkes zu sein) entwickelt. Unter Identifikation des Ich mit Volk und Sippe wird Ichbewußtsein Familienbewußtsein. Die Zugehörigkeit zur eigenen Gattung erscheint zweifelhaft. Bis zum vollendeten weiblichen Gefühl mit dem Erlebnis von Hervorwachsen entsprechender sekundärer Geschlechtsmerkmale und von rudimentären Geburtsakten durchläuft das Gattungsbewußtsein eine Skala von Perversionen, auf der das Gefühl absoluter Geschlechtslosigkeit, psychischer Hermaphroditismus, Infantilismus, konträre Sexualempfindungen Durchgangsstadium eines Entwicklungsganges darstellen. Dem Verlust der persönlichen Einheit entspringt ein Horror vor den realen Auswirkungen der Sexualität, indem sich hiermit Vorstellung vom Zwang zum Preisgebenmüssen des eigenen Selbstes verbindet. Für den identifikatorischen Akt in der physiologischen Einung finden sich bezeichende Wendungen: Kapitalverlust, Aussaugen des Ich, Examinieren, Selbstentäußerung und Tod. Es erscheint unmittelbar verständlich, daß der Verlust des Selbstgefühls lediglich auf die Angleichung an einen persönlichen Partner im Eros bezogen wird, wogegen die Bedenken, die persönliche Integrität einbüßen zu müssen, bei der ohne Ichbeteiligung ablaufenden peripheren Masturbation oder der die Grenzen des Animalen ebensowenig überschreitenden Prostitution gegenstandslos werden, eben weil das gegenwärtige Ichbewußtsein nicht unmittelbar gegeben erscheint, sondern vorwiegend aus Reflexion hervorgeht und daher austauschbar ist. Unter der Fiktion des Zustandekommens einer Ehe sind die gegenseitigen Beziehungen der Bedingung unterworfen, daß die Partnerin die gleichen psychischen Konstituentien besitzt wie das Ich. Das an die Wirklichkeit nicht anzupassende Ideal findet seine Realisierung nur in der eigenen Person. Dies endet dann im Inzest und im Narzismus. Nur die nächsten Verwandtschaftsgrade bieten die eine Ehe ermöglichenden Voraussetzungen. Hier spielen offenbar Rassegedanken von der Minderwertigkeit der Nachkommen bei zu heterogener Veranlagung und die den Brauch der Geschwisterehen bei den Inkas und Ägyptern zur Erhaltung

hochwertiger Erbanlagen zugrunde liegenden Anschauungen hinein. Mit dem Fortschreiten der Ichauflösung symbolisiert sich das Ich in den Erinnerungen an bekannte weibliche Persönlichkeiten. Im Zuge der Abspaltung vom aktuellen Fühlen treten einzelne Körperfunktionen im Bewußtsein auf die Gegenstandsseite der Erfahrung und werden mit jenen Erinnerungsbildern in Zusammenhang gebracht (so, wenn die verschiedenen Frauen die verschiedensten Lebensvorgänge „besorgen"). Eine Vielzahl von Liebesobjekten ergreift Besitz vom Körper. Dem ursprünglichen Selbst steht eine „Wirkungseinheit" als dessen Spiegelbild gegenüber entsprechend dem eigentlichen erotischen Ideal, das sich nunmehr als Mosaik aus verschiedenen Fetischen repräsentiert. Insofern objektgerichtete Sexualität auch hier als Eingriff in die Person erlebt wird, besteht ein unmittelbarer Zusammenhang mit der Sexualstruktur der Jugendlichen.

Der Ziellosigkeit des generativen Mechanismus stehen weitere Fälle gegenüber, in denen zwar ein einheitlicher Gattungsinstinkt das Seelenleben durchdringt, wo sich das Handeln aber in der Auseinandersetzung mit Wahrscheinlichkeiten, im bloßen Aufnehmen, Übereinstimmen, Sehnen, nachdenklichen Betrachten, Theoretisieren erschöpft, ohne Hinblick auf Verwirklichung. Über die Eigenschaften des Liebesideals bestehen fest umrissene und fixierte Meinungen.

Aufzeichnungen des Willi Sz., 28 J. Ich fand bisher leider nicht die passende mir zusagende Kameradin. Entweder war ich zu wählerisch oder zu anspruchsvoll. Was tat ich in der Zwischenzeit? Genau dasselbe, was unzählige junge Leute und auch Männer tun... Wie soll nun das junge Mädchen sein, die ich mir wünsche: ein braves, lebhaftes, temperamentvolles, selbständiges, tapferes, fleißiges, strebsames, vielseitiges, wirtschaftliches (Nähen, Kochen, Sticken, Flicken, Waschen, Plätten), anpassungsfähiges, repräsentatives nettes junges Mädel. Gutes Aussehen. Gute Figur. Gute intelligente, zielbewußte Aussprache. Praktisch, von gutem, edlen, hilfsbereitem verständnisvollen Charakter, Hausfrau und Dame. Schwarz, dunkelblond bevorzugt. Interesse für Häuslichkeit, Geselligkeit, Ausflüge, Wandern, Sport, Musik, Film, Theater, Kunst, Tanz, Mode, geistige Erfrischung und Entspannung. So ungefähr!

Die generellen und individuellen Funktionen der Sexualität stehen hier offensichtlich noch nicht unter einer einheitlichen Direktive. Die Entschlußlosigkeit kann in Schwierigkeiten begründet sein, sich auf die Wirklichkeit einstellen, oder in der Unfähigkeit, auf Strebungen Verzicht zu leisten. Innerhalb des erotischen Fühlens hat die eigene Maßgeblichkeit das Übergewicht und kombiniert sich unter Anlehnung an die allgemein anerkannten Werte mit einem Typendenken. Eben daraus ergibt sich die unmögliche Heterogenität des Ideals, das ganz Mosaik aus Qualitäten der Vollkommenheit ist, wie sie sich der Reflexion allgemein ergeben müssen. Das Ideal ist nicht realisierbar. Es wird sorgsam vor seiner Entwertung durch die Verwirklichung gehütet. So schließt

sich ein circulus vitiosus, in dem das Verhaftetsein mit dem Ideal zu immer weiterem Verweilen in der Welt autistischer Abgeschlossenheit und Lebensfremdheit zwingt. Ausschließlich statisches Suchen und Wählen ist zudem eher das Merkmal weiblicher Liebe.

Die vorwiegend reflektierende und mehr sachliche Zuwendung zu einer sonst im Mittelpunkt des Affektiven stehenden Sphäre berührt sich eng mit dem Kontakt im platonischen Sinne. Die gegenseitigen Beziehungen bewegen sich in rein konventionellen Bahnen. Nach *Platon* (Gastmahl) ist Eros die Kraft, die zur Erkenntnis der Idee des Schönen führt, des reinen allgemeinsten Seins. Hiermit ist eine Betätigung im Animalischen unvereinbar. Der Sexus bleibt stumm oder verselbständigt sich außerhalb des geistigen Rapports. Auf die häufige Trennung von psychischer und somatischer Anlage des Sexualtriebes bei den Schizophrenen hat *Kretschmer* hingewiesen. Eine rein ästhetische Lebensform löscht Individualität und Gattungscharakter aus. Die gegenseitige Übereinstimmung wird gesucht in der allgemeingültigen Idee oder im überindividuellen vollkommenen Wert unter Absehung der natürlichen instinktiven Anknüpfung. So bleibt die platonische Liebe etwas Unpersönliches. Das Wesentliche dürfte in einer gewollten Distanzierung trotz unverkennbaren Annäherungsbedürfnisses liegen gleichsam als Ausdruck einer Selbstunsicherheit oder einer Scheu vor der Intimität. Hiermit wird die platonische Beziehung zum Substrat subjektiver Ausgestaltung mit erfüllungversprechenden Möglichkeiten („Vorfreude ist schöner als wirkliches Erleben" Adelheid VI).

Platonische Liebe ist Ausgang einer Entwicklung, die sich zur Fernliebe oder zum Komplex des Liebeswahns verdichten kann. Ausdrucksbewegungen und Gesten der Persönlichkeit, der die Liebe gilt, bekommen im Zuge der schizophrenen Spaltung Qualitäten des Erotischen, indem Wahrnehmungen an sich indifferienter Akte und erotisches Bedürfnis zu einem einheitlichen realen Erlebnis assimilisiert werden. Der Vorgang des Idealisierens, der ja auch im physiologischen Liebeslebens das erotische Objekt zum Homologen des Ichs macht, steigert sich im Wahn zur Konstruktion der totalen Gleichheit von Ich und Liebesgestalt. Eine Kranke stellt fest, daß die Hand des Ref., an den sie erotisch attachiert ist, der ihrigen gleicht. Eine andere entdeckt unter gleichen Verhältnissen, daß Augen und Haar des Ref. die ihren sind. Ein Dritter ist Greta Garbo, die er als Frauenideal verherrlicht, während ein Vierter Gesten und Eigenarten der geliebten Person nachahmt.

Dantes Vita nuova schildert in poetischer Form die Psychologie der normalen Distanzliebe. Mit der Erotik der Schizophrenen und dem Liebeswahn ergeben sich hier manche Ähnlichkeiten. Aus der Dichtung ist der ständige Drang ersichtlich, die Geliebte (Beatrice) zu schauen. Das Denken ist von ihrer Erscheinung gebannt. Das eigene Selbst versinkt („Der Geist der Liebe vernichtet alle anderen Empfindungsgeister"). Im Gefühl der Leblosigkeit verliert der eigene Körper die Zugehörigkeit zum Ich. Einziger realer Anknüpfungspunkt und alleiniges Ziel der Liebe ist der ferne Gruß, der einen Zustand der Ekstase auslöst („Das Endziel meiner Liebe liegt im Gruß. Die Seligkeit besteht in den Worten, die die Herrin preisen"). In Visionen, Gedichten, Allegorien, verbildlichen sich die Leidenschaften und werden in der Sphäre des Allgemeingültigen vergeistigt. Gesucht wird schließlich diese Berauschung an der eigenen dichterischen Schaffenskraft allein, während die objektive Gegenwart der Geliebten bei der starken sensitiven Veranlagung *Dantes* Verwirrung mit sich bringt und als störend empfunden wird. Die dichterischen Produktionen, die die Geliebte noch über ihren Tod hinaus vergöttlichen, sind Symbol und Vergegenständlichung dieses Rauschzustandes. Es ist eine ideale jugendliche, ganz im Reflexiven verbleibende Verehrung.

Die beiden folgenden Fälle zeigen die psychopathologischen Zusammenhänge beim hebephrenen Liebeswahn.

Irma Pr., eine 24-jährige Fabrikarbeiterin, hält sich für die Frau eines führenden Staatsmannes, an dessen persönliche Adresse sie sechs mit Tagebuchaufzeichnungen besprochene Grammophonplatten richtet. Bei allgemeinem psychophysischen Infantilismus (Menarche im 18. Lebensjahr, hormonale Behandlung) ist die sexuelle Sphäre noch ich-fremd. Die Auseinandersetzung mit der Sexualität spielt sich ab in den dinglichen und intellektuellen Regionen: das Sexuelle wird studiert oder als unästhetisch verurteilt. Erste Regungen des Gattungsinstinktes treten im Bedürfnis nach harmonischer Übereinstimmung mit einem männlichen Partner hervor, die indessen nur möglich ist, wenn auch die feinsten Äußerungen der männlichen Vitalität auf die eigene Daseinsform abgestimmt sind. Nicht das gegenseitige Ergänzen der Individualitäten wird gesucht, sondern ein das eigene Ich bestätigendes, geistiges Begreifen. Der Umgang mit Älteren hat gegenüber Jugendlichen den Vorzug. Dem idealen Schema verspricht die ältere Generation in ihrer durch Anpassung an die allgemeinen Lebensformen bedingten Abschleifung der individuellen Note und Toleranz fremder Eigenarten eher entgegenzukommen, als die ihre Besonderheiten rücksichtslos hervorkehrende Jugend.

Aus den Aufzeichnungen und Explorationen der Irma Pr. „Ich bin die Frau des Reichskanzlers, nächstes Jahr heiraten wir. Es kommt mir so vor, als heirate ich einen Gott, ich erzähle meinem Mann alles. Ich bin bei ihm und doch hat er mich nicht gesehen..... Er beeinflußt mich durch Fernübertragung, ich liebe ihn, weil er genau dasselbe Schicksal hat wie ich und weil er genau so ernst ist." Es werde eine Idealehe. Er habe sein Einverständnis in Zeitungen und Rundfunk durch Wander- und Liebeslieder zu erkennen gegeben. Erst der geistige Kontakt, dann der eheliche Verkehr. Auf die Frage, wie denn ein intimer Verkehr möglich sei, lautet die Antwort: „Das wird noch erst kommen..... Er ist augenblicklich durch seinen Kampf beansprucht.... Wenn der Kampf beendet ist, kommt er persönlich zu mir. Er ist genau so von Gott wie ich. Wir haben die Mission zu erfüllen, das Leid in Sonnenschein zu verwandeln. Zwischen uns besteht eine Seelenverwandschaft....

Er ist Gott und ich bin dasselbe.... Ich habe mich in seine Seele verliebt, zwar schien er mir zu groß und zu alt, aber ich gewann ihn lieb, weil er reif ist und mir Verständnis entgegenbringt." Die Kranke verzehrt sich (hochgradige Inanition) in intensivster Schreibarbeit. Die Briefe enthalten spärliche persönliche Äußerungen über ihre imaginären erotischen Beziehungen, kritiklose seitenlange Abschriften aus Zeitungen und Wochenschauen, Erlebnisse des Tages, und umfassen jeweils mehrere Aktenbogenseiten dichtgedrängter, kleiner und unübersichtlicher Schriftzüge. Im weiteren Verlauf kommt ein isolierter erotischer Rapport zum Referenten zustande. „Sein Geist geht auf übersinnliche Weise auf einen anderen über, von dem ich ein Kind bekommen werde. Bisher habe ich eine geistige Ehe gefürt, mit Ihnen führe ich eine körperliche Ehe. Jetzt geht die Bibel in Erfüllung, wir leben zusammen wie Josef und Maria. Wie das Kind aus ihrer Ehe von Gott war, so ist auch unser Kind eigentlich von ihm."

Die 27jährige Frieda Na. entwickelt einen an die Person des Stationsarztes, von ihr „Peter" genannt, anknüpfenden Liebeswahn. Nach der Entlassung wird „Peter" mit glühenden Liebesbriefen attakkiert, die im Verlauf von 3 Jahren auf 150 ansteigen. Die Kranke betrachtet sich bald als Verlobte, bald als Ehefrau „Peters". Der Inhalt der Briefe erstreckt sich auf die tägliche Beschäftigung und zahlreiche obszöne Darstellungen masturbatorischer Praktiken. Erotische Struktur und Besonderheiten der intimen Technizismen zeigen in dem Bestreben nach Überlegenheit über den Partner eine virile Komponente, sowie einen ins Hypersexuelle gehenden Zug. Mit dem Manustuprum verbindet sich zunächst keine bestimmte Sinngebung. Späterhin fehlt die Hingabefähigkeit. Starke Akenzutierung des Eigenkörperlichen unterdrückt das Verschmelzungsgefühl: die fremde Körperlichkeit ist nur Auslösung eines ekstatischen Erlebens. Hierin liegt die Intensität erotischer Berührungen in den bewußtseinsferneren Körperzonen (Rücken, Nacken) begründet, während Annäherung innerhalb des Optischen die ideale Transformation der wirklichen Situation verbietet und als gewaltsam empfunden wird. Auch die kleinsten Widersprüche zum Ideal werden zu „Schwächen". Hiermit harmonieren der Wunsch, erhaben sein zu wollen, sowie eine gewisse Sprunghaltigkeit, insofern im Suchen nach Vollkommenheit die Beziehungen von einem Partner zum anderen unbefriedigt abgebrochen werden.

Aus den Briefen und Explorationen der Frieda Na. „In Gedankenverbindung mit dem „Peter" lebe ich immer. Ich kann ihn mir körperlich nahe vorstellen. Er ist unsichtbar bei mir, ich spreche zu ihm, er kontrolliert meine Gedanken, ich sage zu ihm Guten Morgen und Gute Nacht, nehme ihn zu mir, er wohnt in mir und gehört zu mir." Das eigentliche Aussehen „Peters" ist unwesentlich. Während des Aufenthalts in der Klinik verwechselt die Kranke ihn mit 5 oder 6 verschiedenen, von früher her bekannten Persönlichkeiten. Das Gefühl, von ihm beeinflußt zu werden „erstreckt sich aufs Kleinste und Intimste". Es sei ein Zwiegespräch in Gedanken. Sie bestehe aus zwei Gedankenreihen, deren eine dem „Peter" zugehört. „Sie (Peter) haben meine Seele und geben sie nicht heraus. Sie lieben mich. Weil meine Seele bei Ihnen ohne meinen Körper haltlos ist, müssen Sie mich heiraten." Der Name Peter bedeutet: „Dumm und böse, weil er sich so reserviert verhält, treu und verlässlich, denn ebenso ernst wie mit der Arbeit, wird er es mit der Liebe nehmen". Sie werde die Ehe aufbauen auf dem Prinzip der Gleichberechtigung. „Ich bin eigentlich ein Mannweib, deshalb hat mich kein Mann längere

Zeit fesseln können." Brief vom 18. 7. 1934: „Ich bin immer wie durch Fäden mit Dir verbunden, aber wenn ich Dir gegenüberstehe, ist das anders." Die Kranke schwankt ständig zwischen der Vorstellung, einer glücklichen Zukunft als Peters Frau entgegenzusehen, und der, nur Patientin eines Oberarztes zu sein. Eine Bewegung Peters im Beginn der klinischen Beobachtung gilt als Liebeserklärung: „Er hat die Hand auf's Herz gelegt. Das bedeutet, daß er durch seinen Beruf gebunden ist, aber seine Gefühle nicht verraten darf. „Als ich erfahren hatte, daß er nur zwei einfache Zimmer bewohnt, überkam mich eine grenzenlose Enttäuschung. Ich war in dem Glauben, daß er außerhalb der Klinik eine Luxuswohnung bewohnt und mir die Möglichkeit geben würde, in sozial höhere Kreise hineinzukommen.... Jetzt ist bloß der Stationsarzt übriggeblieben, der sich mit seinem Gehalt einschränken muß." Bei einer Nachuntersuchung nach längerer Abwesenheit heißt es aber wiederum: „Die Spalten meines Ichs sind mit ihm ausgefüllt, ich denke mit ihm zusammen...." Brief vom 29. 2. 1936: „Am Freitagmorgen wurde ich um 4 Uhr wach, da waren Sie ganz deutlich ich. Ich sah Sie im Geiste staubwischen, und Sie standen am Wäscheschrank, genau so wie ich, wenn ich ausruhe und nachdenkend meinen Kopf auf die rechte Hand lege."

In den beiden letzten Fällen entwickelt sich der Wahn, die Liebe einer realen Persönlichkeit zu besitzen. Das Überwiegen gerade weiblicher Individien in der Reihe von Beispielen des Liebeswahns läßt Zusammenhänge mit der Dominanz der Kontrektation und der erhöhten subjektiven Reaktionsbereitschaft bei Frauen im allgemeinen erkennen. Den Beziehungen werden — soweit nicht bereits schon die soziale Stellung der geliebten Person die Möglichkeiten hierzu in sich begreift — alle Attribute beigelegt, die das eigene Ich erhöhen. Indem sich das Gattungsbewußtsein im erotischen Gegenstande objektiviert, werden die eigenen Strebungen und Qualitäten in das Liebesbild hineinprojiziert und formen ein wirklichkeitsfernes, ichhaftes Phantom. Wie weit sich dies Produkt von der Realität entfernt, ergeben die Kontamination mit verschiedenen, der Vergangenheit angehörenden Persönlichkeiten und eine besondere, symbolisch gedachte Namengebung. Der Wahn führt über das zu Beginn der erotischen Beziehungen vorherrschende Gefühl einer inneren Verwandtschaft hinaus zu einer konkreten Identität von Ich und Liebesobjekt. Irma P. gestaltet das Schicksal einer aktuellen geschichtlichen Persönlichkeit nach, worauf der Geist der Zeit und ein durch die Verletzung des Selbstgefühls innerhalb eines übelwollenden Mileus erwecktes Bedürfnis nach Steigerung des Selbstwertes pathoplastisch eingewirkt haben dürften. Die wahnhafte Liebe der Frieda Na. fußt im Sinnlich-faßbaren. In erster Linie Wahrnehmungsakte erlangen hier erotische Umdeutung. Die scheinbaren erotischen Beziehungen nehmen in einer unübersehbaren Menge schriftlicher Produktionen für die Kranke selbst einen erhöhten Objektivitätscharakter an. Die Schreibtätig-

keit hat eine gewisse Ähnlichkeit mit den Kulthandlungen, in denen der Primitive eins wird mit Göttern und Symbolen, oder mit dem kindlichen Spiel, wo Ich und Objekt noch ungesondert sind und die vom Verstande konstruierte Zwieheit von Realität und Möglichkeit aufgehoben ist. So bekommt die Zukunft Gegenwartsgeltung: Der eine Umstand, daß der Eintritt in die Ehe erfolgen wird, und der andere, daß die Ehe bereits vollzogen ist, sind Identitäten. Die Vorstellung einer erst der Zukunft vorbehaltenen Vereinigung wird konkretes gegenwärtiges Erlebnis, ohne sich indessen im Falle Irma Pr. mit sexuellen Gefühlen zu verbinden. Die Überzeugung, gravide zu werden, ist Mutterschaft selbst. Zukunft und Gegenwart fallen auch bei Frieda Na. zusammen. Aber die Wirklichkeit wird keineswegs hier völlig übersehen. Zwischen subjektiver Scheinwelt und Objektivität ergibt sich eine fühlbare Diskrepanz, wenn die nüchterne Klinik oder der reale Oberarzt den Kreis des Wahns durchkreuzen. Wirklichkeitsnähe und -ferne oszillieren durcheinander, manchmal dämmert die Erkenntnis, daß Peter und Arzt zwei ganz verschiedene Persönlichkeiten sind, eine bleibende Korrektur erfolgt aber nicht. Es will scheinen, daß der erotische Wahn keineswegs immer eine so stabile, unerschütterlich feststehende Tatsache ist, wie etwa die sinnliche Wahrnehmung, sondern oft mit dem Glauben und Fürwahrhalten auf eine Stufe gestellt werden muß, wobei die Willkür und das Spielerische der eigenen Zielsetzung halb zu Bewußtsein gelangt, zumindest auch als innere Willenshandlung empfunden wird.

Wenn der erotische Wahn fortschreitend an Gewißheit gewinnt, und Erwartung Realitätswert bekommt, so scheint der Unterschied zur normalen Erotik nur ein gradueller zu sein. Auch der Vorgang des Einfühlens ist ja letzten Endes ein Nacherleben oder Zurückstrahlen des Ichs aus dem Gegenstande der Liebe. Pathologisch ist die Irreversibilität der Akte bis zur Abspaltung des objektbezogenen Ichanteils. Im Falle Na. verselbständigen sich Teile der alten Persönlichkeit und bilden in der animalen Sphäre einen neuen Ichkomplex, den Peter. In dem Maße, wie der Zerfall fortschreitet, erfolgt auch der Impuls zu Äußerungen und Handlungen von dem zweiten Beziehungszentrum her mit den Erlebnissen von Willensbeeinträchtigung und Zwang. Hier hört die psychologisch faßbare Liebe auf und es beginnt der Wahn. Die Vorstellung einer Beseitigung dieses Zwangs durch die gegenseitige Vereinigung im Vorgang des Essens gibt in konkreter Weise den für die erotischen Beziehungen charakteristischen Mechanismus des ideellen Einverleibens wieder. Bei Irma Pr. ver-

vermittelt — während die Sympathien zur historischen Persönlichkeit mehr aus einer idealen Innenperspektive hervorgehen —, die Person des Referenten durch seine leibhaftige Gegenwart körperliche Qualitäten und symbolisiert somit das animale Prinzip. Im isolierten persönlichen Rapport verwirklicht sich die Wahnwelt, zwei Liebesobjekte werden zu einem einheitlichen Bedeutungszusammenhang verschmolzen unter Außerachtlassen der objektiven Zusammenhänge.

Das Fehlen sexueller Wahnerlebnisse im Falle Irma Pr. spiegelt die präpsychotische Sexualstruktur wider, die ganz dem Entwicklungsstadium des platonischen Kontakts entspricht. Der Aufbau der Sexualität gehört im Falle Frieda Na. einer späteren Entwicklungsphase an, wo der generelle Mechanismus bereits mit Persönlichkeit und Gattungsbewußtsein zusammengeschlossen ist. Die aus Wunscherfüllungen und Idealen aufgebaute Wahnfigur des Peter entfacht die Sinnlichkeit. Das Manusturprum wird zum Erlebnis leib-seelischer Vereinheitlichung von Ich und Liebesgestalt. Aber die Besonderheiten der Praktik, die subjektive Stellung zu den autosexuellen Vorgängen und die passagere Bezugnahme auf Objekte von Fetischcharakter lassen erkennen, daß die Grenzen des Eigenkörperlichen auch im Wahn kaum überschritten werden. In Auswirkung des Gattungsinstinktes werden Teile des eigenen Körpers zur animalen Sphäre der Gegengattung personifiziert. Indessen schwankt auch hier der Realitätswert ganz beträchtlich. Das Bewußtsein, alleiniges Prinzip des Handelns und der Scheinwelt zu sein, wird niemals gänzlich aufgegeben.

Zuweilen vorkommende Laszivitäten und scheinbar hemmungslose Triebäußerungen legen die Ähnlichkeit mit exhibitionistischen Mechanismen und pornographischen Hinweisen nahe. Daß aber der strukturelle Aufbau dieser ins Psychopathische und Neurotische hineingehörigen Handlungen, die sich des Andeutens als eines Vehikels der Wunscherfüllung bedienen, der gleiche ist wie im schizophrenen Wahn, erscheint fraglich. Mit den infantilen Mitteln des Schauens und Zeigens wird mehr oder weniger bewußt eine äußere, im Wahrnehmungsfelde der Sehsphäre liegende Verbindung von primärem Sexualmerkmal und realer Partnerschaft angestrebt, wobei das Bewußtsein alleiniger Initiative abgelöst werden dürfte durch den aus der Schamverletzung resultierenden Akt passiven Hineingezogenseins in die animale Sphäre, was erst das Erlebnis der dynamischen Verschmelzung mit dem Objekt des Attentats vollendet. Hiermit haben die in der schizophrenen Psychose zu beobachtenden Laszivitäten doch wohl nichts gemein. Vor allem

läßt sich die Annahme einer Zweckbestimmtheit mit der Art der Destruktion des Persönlichen durch den Wahn kaum vereinbaren. Dadurch, daß das Intime seine persönliche Note einbüßt, verlieren die Laszivitäten die Bedeutung absichtlicher Schamverletzung. Sie erscheinen vielmehr als Ausdruck für die auch im Zustande sexueller Indolenz bestehende wechselseitige Durchdringung von Ich und Außenwelt und damit auch von Körperbewußtsein und Liebesobjekt. —

Der Liebeswahn kann sich verbinden mit dem Wahn der Schwangerschaft. Als Urheber vermeintlicher Schwangerschaft wird von der 31jährigen Gertrud Sz. ein Bahnhofsassistent bezeichnet, in dessem Dienstraum die Kranke infolge Zugversäumnisses übernachtet hat. Seit jeher kinderlieb, hatte sie den dringenden Wunsch, zu heiraten. Die Kranke, die sich unfreundlicher Behandlung durch die Familie ausgesetzt glaubt, freut sich insofern auf den Kindersegen, als sie hierin die Möglichkeit sieht, Liebe zu empfangen und Liebe auszuteilen. In unmittelbarer Konsequenz ihres Wahnes sucht sie unentwegt die Sprechstunde von Frauenärzten auf, um ihre Gravidität endlich auszutragen. Es werden deutliche Kindesbewegungen verspürt. Zahl der Kinder, ihre Lage und die Art der Bewegungen werden genau beschrieben.

In den wahnhaften systematisierten Veränderungen der genitalen Sphäre vergegenständlicht sich das Mutterschaftsbedürfnis. Die somatischen Voraussetzungen für die Fixierung des Wahns sind wohl in objektiv feststellbaren chronischen Reizerscheinungen zu erblicken, während die seelische Disposition in einer Bestätigung des eigenen Daseins durch das Kind zu suchen sein dürfte, in dem ja die eigene Erneuerung und Entwicklungsmöglichkeit nacherlebt wird. Insofern die Wahnerlebnisse in einem Zerwürfnis mit der Familie, insbesondere der Mutter, entspringen, scheint der Schwangerschaftswahn hier eine inzestuöse Wurzel zu haben. Der Haß gegen die Mutter verdinglicht sich in dem Wahn, ohne eigenes Wissen an den Mann gebracht zu werden. Fast scheint kindlicher Trotz die Mutter durch die „uneheliche“ Gravidität kompromittieren zu wollen. Es ist ein Anspielen auf den Vorgang der Reifung und der dadurch eingeleiteteten Emanzipierung von der bevormundenden Mutter. Der Umstand, daß der Vorgang des Injizierens ätzender Substanzen in den Unterleib mit der Person des Vaters in unmittelbaren Zusammenhang gebracht wird, könnte der Auffassung Recht geben, daß hier grob sexuelle Wünsche zugrunde liegen. Zwangloser ergibt sich wohl die Deutung aus der Gesamtsituation: Die wahnhafte Verätzung und Verödung des Generationstrakts bedeutet offenbar feindselige Triebvernichtung, Überführung in einen neutralen Zustand und Unterwerfung unter den autoritativen väterlichen Willen.

Auch andere Beispiele zeigen, daß die familiäre Bindung bzw. Liebe zu dem andersgeschlechtlichen Elternteil nicht einfach erotisch oder sexuell zu erklären ist. In der Familie liebt das Kind, bei dem ja eine selbständige handelnde Persönlichkeit noch nicht entwickelt ist und das seine Bestimmung von der Umgebung erhält, zunächst nur die Urbilder des eigenen Ich. Wenn ein Sechzehnjähriger (Hans-Joachim St.) mit großer Liebe an der alleinstehenden Mutter hängt und bei deren Wiederverheiratung Haß- und Eifersuchtsgefühle gegen sie und den Stiefvater zu erkennen gibt, so zeigt sich bei sachlicher Betrachtung lediglich, daß das bisher ausschließlich durch die Mutter bestimmte und in ihr fixierte Ichideal entwurzelt ist. Die Mutter gilt als Komplex der Geborgenheit und Ichbestätigung: Ein Ausdruck von erotischer und sexueller Zuwendung ist wohl Eifersucht als solche keineswegs. Affektive Bindungen bieten ebensowenig wie genitale, rein animale Akte a priori Gewißheit für einen unmittelbaren Zusammenhang mit dem Gattungsbewußtsein. Man muß sich gerade bei inzestähnlichen Akten (Fritz Zh., 30jährig, Else Wr., 24jährig) die Frage vorlegen, ob hier wirklich die Gesamtpersönlichkeit mit in das Erlebnis eingeht, oder ob der Trieb nicht vielmehr nur auf bestimmte körperliche Attribute des Objekts gerichtet ist. Auch bei der so häufigen Orientierung des Liebesideals an Familienangehörigen der Gegengattung dürfte es sich nicht notwendig um erotische ganzheitliche Beziehungen handeln, sondern vor allem um ein personifizierendes Betrachten und Versenken in einzelne besondere Qualitäten und Wesenseigentümlichkeiten, wobei natürlich die Autorität der Familie maßgeblich und richtungweisend ist.

Ältere Ledige mit unverbindlichen und passageren Beziehungen.

Die bisherigen Beispiele konnten vielfach als Durchgangsstadien der sexuellen Entwicklung aufgefaßt werden. Im folgenden ist eine Gruppe lediger Schizophrener mit konkretem und gewohnheitsmäßig festgelegtem sexuellen Kontaktvollzug zusammengestellt (24 Männer und 30 Frauen). Neben Selbstunsicheren finden sich abnorme, autarkische, eigenwillige, paranoische, nicht direkt ungesellige Naturen vom Junggesellentyp ohne Bedürfnis nach dauernder persönlicher Gemeinschaft.

„In Hörigkeit eines Mannes habe ich mich nie befunden... ich kann mich keinem anderen Wesen unterordnen und möchte meine Unabhängigkeit und meinen Willen behalten.... auch möchte ich nicht die Verantwortung über-

nehmen, ein Kind in die Welt zu setzen" (Ada Ht.). (Ähnlich Walli At.: „Man darf die Gefühle nicht über sich ergehen lassen").

Die Beziehungen sind locker und episodenhaft. Der Trieb beschränkt sich auf ein rein sinnliches Einverleiben. Ein Wirerlebnis klingt an, verbleibt aber im Aktuellen und erfüllt nicht das bleibende ethisch fundierte Persönlichkeitsbewußtsein. Die im Eros kulminierenden Ausstrahlungen der Individualität gehen nicht mit in das Erlebnis ein. Der Partner ist nicht Liebesgestalt, leibseelische Totalität, sondern Fetisch, Komplex primärer und sekundärer Gattungsmerkmale. Man wird an die egoistische Liebe erinnnert, die *Stirner* beschreibt: „Es macht meine Lust aus und mein Glück, mich an seinem Glück und seiner Lust zu laben." Hier ist der Gegenstand der Liebe zur Belanglosigkeit herabgesunken und zur Auslösung eines Selbstgenusses. Bei starrem Festhalten an der persönlichen Eigenart wird eine dauernde Gefühlsbindung nicht aufgebracht. Die Liebe — wenn man überhaupt von Liebe sprechen kann, meist ist es mehr ein Verliebtsein, — springt abrupt hin und her und die erotische Einfühlung wird wieder eingerissen. Daß analysierende und objektive Betrachtung die Erotik zerstört, wußte schon Ovid. Was unbewußt entstehendes konkretes Sichgewähren und Entfalten sein sollte, sondert sich vom lebendigen Ganzen und wird Gegenstand der Abstraktion. Ökonomische Wertungen überwiegen. Die Ehe wird Versorgungsinstitution. Ein gewisser Stolz, die eigene Persönlichkeit „verkaufen" zu müssen, läßt den Nora-Gedanken anklingen. Die Sexualität wird in Verhältnissen dargelebt, immer mit dem Bestreben, sich eine Gelegenheit zur Flucht offen zu lassen. Andere Motive für die Unverbindlichkeit solcher Beziehungen werden von den Kranken selbst in Erwägungen gesucht, die sich erstrecken auf: pekuniäre Notlage, Angst vor der Zukunft, ästhetische Ablehnung, Bequemlichkeit durch die elterliche Familie, ungeeignete Partnerschaft, Unsicherheit des Entschließens. Allenthalben wird die Ehe abgelehnt. Während sich manche weibliche Kranke kühle Zurückhaltung auferlegen, unentschieden schwanken oder im wesentlich älteren Manne das Ideal der Ergänzung verwirklicht sehen, entwickeln sich die männlichen bisweilen als flotte Gesellschafter, aber mit einer stillen Scheu vor den Intimitäten und einer ständigen Oppositionsbereitschaft. Die gegenseitige Kritik auch der feinsten Äußerungen des persönlichen Wollens bei der Werbung und beim Kampf um die geistige Führung erfordert gewisse Selbstsicherheit, wodurch labile Persönlichkeiten in die Defensive gedrängt werden. Daher wird von den männlichen Schizophrenen

manchmal der Verkehr mit den Puellae publicae oder mit den sozial niederen Ständen bevorzugt (Kurt Ln.: „Das dringt nicht so in die Persönlichkeit“). Hierher gehören einige defekte Schizophrene mit infantilen Bindungen oder mit einer Versandung der Persönlichkeit bei Erhaltenbleiben der sozialen Einordnungsfähigkeit. Aus dem Verlust der Unmittelbarkeit ergibt sich vielfach eine absonderliche Art der Anknüpfung. Männliche Schizophrene suchen jeweils das geringste Risiko des persönlichen Einsatzes. Weibliche Schizophrene ergeben sich manchmal reaktionslos. Hausangestellte sind hier besonders vertreten. Man könnte von „sexuellem Dienen“ unter dem Zwang von Hörigkeit oder Faszination sprechen, die alle Selbstkritik ausschaltet. In anderen Fällen vermitteln besondere Umstände den Rapport: Zeitungsannoncen, Betreiben der Familie, Tanzveranstaltungen, Beruf, Vermittlung Dritter.

Hinsichtlich der Appetenz stehen sich zwei Gruppen gegenüber, die nach dem Extremen der Quantität gegliedert werden können. Die eine Reihe ist charakterisiert durch die Äußerung eines Schizophrenen, daß die Libido latent sei. Hier spielt wohl auch eine gewisse Anästhesie bzw. Frigidität hinein, wo die Vereinheitlichung von Sexus und Ichgefühl durch die Fremdheit des Animalen im Tumeszenz- und Detumeszenzstadium unterbleibt. Die Illusion der Einung kommt nicht zustande. Dem entspricht häufig ein viriles Fühlen bei weiblichen Schizophrenen mit einem Unvermögen zur Hingabe. Im Falle der 27jährigen Köchin Elisabeth St. liegt ein gewisser „intersexueller“ Typus (Menstrualstörung, Ovarialcyste!) vor, der die Pole handelndes Weib — nachgiebiger Mann umfaßt, was sich innerhalb der Psychose in dem Wahn völliger körperlicher Vermännlichung fortsetzt, mit dem Erlebnis, bewegendes Prinzip der Welt zu sein. Erotische Intimitäten, die Symbole des andeutenden Einverleibens, liegen diesen Persönlichkeiten fern, weil das Gefühl der gegenseitigen Harmonie fehlt.

Das Steckenbleiben der sexuellen Beziehungen im Animalen kann andererseits bei der damit verbundenen Inhalt- und Ziellosigkeit in einen Hypersexualismus übergehen, der im bunten Wechsel der Objekte und im Exzeß ein ekstatisches Gefühl des Körperseins anstrebt. Weibliche Individuen in der Zahl der hypersexuellen Schizophrenen sind in dem untersuchten Material seltener als Männer. Trotz Steigerung der Libido bleibt manchmal die Diskrepanz zwischen Subjekt und Wirklichkeit unüberbrückbar. Wahlloses Anknüpfen und Wiederabbrechen intimer Bekannt-

schaften geht in einigen Fällen aus dem Suchen nach einem bestimmten Ideal hervor.

Heinrich Mt., 35jährig, Mechaniker. Die Achse der psychotischen Erlebnisse ist der Haß des unehelich Gezeugten gegen den Vater, um den sich ein Verfolgungs- und Abstammungswahn kristallisiert. Der Vater mag auch schon früher als Verkörperung der feudalen, skruppellosen Gesellschaft und des sinnlichen Prinzips erschienen sein, an dem Gleiches mit Gleichem vergolten wird: der aus der Gesellschaft Ausgestoßene verstößt seinerseits gegen die konventionelle Form durch die Tendenz nach unten. Der Hang zur Prostituierten wurzelt andererseits in einer Dominanz des Eigenkörperlichen bei starker affektiver Bindung an die Mutter. Heterosexuelle Praktiken vollziehen sich außerhalb des bewußten Selbstes im rein generellen Automatismus („Es ist leer im Kopf", Begleitvorstellungen fehlen, einzelne Körperteile sind dem Bewußtsein ferngerückt). Aber auch die Persönlichkeit der Partnerin muß ausgeschaltet werden. Das unentschlossene Schwanken zwischen Hingeben und Vorenthalten ist unmittelbar Ausdruck einer geheimen Furcht vor der bewußten Person. Eine conditio sine qua non des sexuellen Handelns ist daher die völlige Passivität des Objekts (Überwindung von Widerständen stößt ab), wobei die Identifikation mit den Gefühlsäußerungen des Objekts eigene Kraft nur vortäuscht, da in Wirklichkeit das aggressive Moment fehlt. Aus der Sehnsucht nach dem idealisierenden und individualisierenden Eros („nach Liebe und Ehe") gehen die Akte hervor, die den Eindruck von überspannten Bestrebungen machen, die Schranken des Eigenkörperlichen zu durchbrechen, um in die reale Gemeinschaft einzugehen. Der Trieb konzentriert sich auf das Erlebnis intensiver Sensationen im Zuge der Vertauschung der Pole des Leibes. Im Suchen nach den optimalen Bedingungen einer leibseelischen Verschmelzung werden die Gattungsmerkmale zur alleinigen Repräsentanz des Weiblichen. Das Symptom der Irrumatio nach Maßgabe von früh infantilen Wünschen interpretieren zu wollen, erscheint gezwungen. Phänomenologisch liegt eine fetischistische Struktur zugrunde. Die erotische Ganzheit wird nicht erreicht. Es herrscht die Einmaligkeit des Rausches vor mit dem Zwang zur Wiederholung und einem affektiven Rückstand des Selbstekels.

Abirrungen der vita sexualis sind gerade in dieser Gruppe Lediger kein ganz seltenes Vorkommnis. In zwei Fällen männlicher Homosexualität handelt es sich um echte Perversionen.

(Günter Rn., ein Fall von *Betzendahl*, 1932 veröffentlicht, Bruno Hh.). Als wesentliche konstitutionelle Grundlage der Perversion muß hier die Unsicherheit und Labilität der Persönlichkeitsentfaltung ähnlich der Gruppe mit der jugendlichen Sexualstruktur angesehen werden, mit dem Unterschied, daß bei der Perversion die Triebrasanz stärker ist und die gesamte Psychomotorik sich harmonischer in die Persönlichkeit einfügt. Das Selbstwerterleben ist weitgehend durch die Umwelt bestimmt. Dem weiblichen Geschlecht gegenüber herrscht das Gefühl des Unterlegenseins vor. Heterosexuelle Beziehungen werden als etwas Gegenstandsloses gemieden. Das Weib frappiert durch seine Anforderungen an die persönliche Geschlossenheit, als Gattungskomplex ist es Inbegriff des Negativen. Identifikation mit dem Weiblichen im realen Kontakt bedeutet somit nicht Ergänzung, sondern Destruktion. Die Antipathien gegen das Weibliche gehen

daher auch nicht so sehr auf die Andersartigkeit, als gerade auf die mögliche Gleichheit zurück. Angestrebt wird nämlich die innere Sicherheit und seelische Kraft, wie sie als Ideal in der männlichen Persönlichkeit präformiert sind. Das statische Hineinfühlen in das Ideal ist zweifellos femininer Struktur. Aber der Homosexuelle ist nicht einfach Weib im männlichen Körper. Das ursprünglich ziellose Gattungsgefühl sucht durch Einswerden mit dem Ideal eine Führung, die immer wieder von Neuem gegenständlich erlebt werden muß. Der sportlich trainierte Körper, die männliche Muskulatur des Schultergürtels, Oberarms, der Brust, werden zu Repräsentanten des Aggressiv-dynamischen, das im Vitalrausch ins Ich eingeht. Der Heterosexuelle neutralisiert seinen Gattungsinstinkt, der Homosexuelle wird gleich mit der eigenen Gattung. Der Partner überwindet als Form und Vorbild im Falle R. die formlose Weite des Raumes, der das eigene labile Ich absorbiert (die „Angst vor dem Raum" treibt R. zum Vagabundieren). Beachtenswert erscheint, daß sich in beiden Fällen die Anlage nicht erst durch die Psychose manifestiert. Die Psychose wirkt sich bei R., wo in der Vereinigung die Ichbestätigung gesucht wird, unmittelbar aktivierend aus. Im Falle H. bleibt postpsychotisch, entsprechend autistischer Zurückgezogenheit, die Betätigung auf unpersönliche Beziehungen beschränkt. Die Tatsache, daß unter konstitutioneller Voraussetzung frühinfantile Erlebnisse determinierend eingreifen können, läßt sich auch in den beiden genannten Fällen nicht bestreiten. Bei H. ist es das Gefühl des Geborgenseins in der Obhut einer machtvollen Persönlichkeit, die ihm unter dem seelischen Druck einer lieblosen Erziehung zum erstenmal in Gestalt des ältesten Bruders entgegentrat. Bei R. dürfte ein Zusammenhang darin zu sehen sein, daß er in Gemeinschaft mit einer stärkeren triebsicheren Schwester aufwuchs. Sein Ideal ist das Unbefangen-Freche der Halbwüchsigen, die in rücksichtsloser Offenbarung des Selbstes die angestrebte Originalität verkörpern.

In anderen Fällen handelt es sich nicht um echte endogene Perversionen, sondern um mehr oder weniger vorübergehende Varianten des Normalen, zum Teil um Not- und Verlegenheitsakte. Wenn man das Wesen des Perversen in einem Fühlbarmachen des Eigenkörperlichen mit Hilfe eines Symbols als dem Substrat der Ichprojektion nach außen und als dem Signal der Einwirkung von außen sehen darf, so müßte das relativ seltene Vorkommen von Perversionen bei Schizophrenen auf das Fehlen des unmittelbaren, spezifischen Realitätsbezuges zurückgeführt werden in Verbindung mit einer allgemeinen Körperfremdheit und der Seltenheit eines mit anderweitigen Stigmen psychopathischer Hemmungslosigkeit gepaarten Hypersexualismus. In der Praktik wird ein Teilmechanismus individuell ausgestaltet und verselbständigt. Bei masochistischen und sadistischen Praktiken z. B. erscheint die normale sexuelle Bipolarität von Eindringen in ein Ich-Ähnliches („Entleibung") und Aufnahme in den eigenen Körper („Einverleibung") im Zuge einer gewaltsamen Akzentuierung des animalen Pols aus ihrer sinnvollen biologischen Verknüpfung herausgelöst und ins Extrem verzerrt. Der Kontakt durch den Schmerz, rich-

tiger durch die Andeutung von Schmerz, ist ein Ausgeliefertseinwollen an einen körperlichen Zustand und die Partnerschaft tritt im Hinblick auf die Situation, die in der erzwungenen Konzentration des Ichgefühls im Eigen- oder Fremdkörperlichen kulminiert, ganz zurück. Das Perverse ist in anderen Fällen Surrogat. So bei Frottage, wo durch einen symbolisch gemeinten Rapport innerhalb der Seh- und Tastsphäre körperliche Merkmale des Gattungskomplexes scheinbar einverleibt werden, oder bei sodomitischer Betätigung. Auch hier verbieten große Selbstunsicherheit und Schüchternheit die adäquate Realisierung. Ein indifferentes reaktionsloses Wesen, in das ein Gefühl von Willfährigkeit und Hingabe hineininterpretiert wird, ist Grundlage rein körperlichen Zufühlens, wobei nur das Exkretorische irgendwie bewußt ist, die übrige Tiergestalt erscheint als schlechthin Leibliches. Die schizoide Struktur der Akte dürfte in der relativen Selbständigkeit gegenüber dem Persönlichkeitsbewußtsein liegen, so daß sich in einem Fall die sexuelle Erregung neben dem Zustande des Angeekeltseins zu entfalten vermag.

Es läßt sich in einigen Fällen feststellen, daß Tiererlebnisse innerhalb der Psychose sexuelle Bedeutung haben. Dabei ist wesentlich, daß das wahnhafte Tiersein oder von Tieren Berührtwerden nicht optisch zum Bewußtsein gelangt, wie etwa im Delirium. Der schizophrene Wahnvorgang dürfte sich in der Weise vollziehen, daß elementare Sensationen verschiedener Sinnesgebiete. z. B. der allgemein-körperlichen, genitalen, besonders aber der Riechsphäre, welche Qualitäten des Vitalen und Intimen vermittelt, zu tierischen Metamorphosen im Bewußtsein mehr intentional umgeformt oder ergänzt werden. Eine strukturelle Betrachtung von wahnhaften Tiererlebnissen führt auf zahlreiche ontogenetische, phylogenetische und mythologische Parallelen. Mythologie und totemistisches Zeitalter bringen in vielen Symbolen (Sodomitische Ehen, Verwandlungen, plastische Darstellungen) die vom ursprünglichen Bewußtsein erfühlte Einheit der körperlichen Organisation von Mensch und Tier zum Ausdruck. Der Allbeseelung der Natur durch den Primitiven nach dem Urbilde des eignen Ich kommt das Animale und spontan Bewegliche weitgehend entgegen. Das wilde große Tier oder die Teufelsgestalt mit Hörnern, Ziegenbockgesicht und starker Behaarung, die Vorderfüße ins Genick des Opfers stemmend, (Minna Ke.) oder Peitschenhiebe austeilend (Helene Mr.), sind offensichtlich Versinnbildlichung des allgemeinen generativen Prinzips in weitestem Naturzusammenhang. Im archaischen, bildmäßigen Denken wurzelt tief das

Animalische in seiner spezifischen Ziegenbocksgestalt, worauf ja auch die griechische Mythologie zurückgreift: dem Gott der Fruchtbarkeit, dem Vorfahren der mittelalterlichen Teufelsfigur, waren orgiastische Feste mit Fruchtbarkeitsriten (Rutenschlagen, Bockspringen) geweiht. Hier scheinen gewisse Ähnlichkeiten mit den wahnhaften Tiervorgängen zu bestehen.

Die unmittelbare Gemeinschaft von Tiererlebnis mit koprophagen und autosexuellen Zwängen (Eva Sn.) bringt drastisch den Abbau der ästhetischen Wertsphäre zum Ausdruck. Mit dem Verlust der zentralen Steuerung („nicht mehr Herr sein seiner selbst") erhebt sich die Spontanität nicht viel mehr über das Niveau der unmittelbaren körperlichen Funktion. Die genitale Sensation gleitet auf die Bedeutungsstufe eines Indikators allgemein-körperlicher Zustände zurück, entsprechend einem Organisationsstadium, auf dem die taktile Berührung von außen zum lust- oder unlustvollen Erleben des gesamten Daseins wird. Insofern die eigenkörperlichen Akte die Bedeutung von „Potenzierung des Körpers" und „Erhöhung der Schwerkraft" haben, sind sie ähnlich der jugendlichen Struktur „Energiequelle" und aktive Abwehr im Kampf gegen die schizophrene Auflösung.

Die Aufsplitterung des Sexuellen im Wahn tritt im Falle der 37jährigen Hilde v. Si. noch eindeutiger hervor. (Der Fall ist von Betzendahl 1932 in anderem Zusammenhang veröffentlicht). In der Psychose erscheint hier das Geschlechtsgefühl von allen persönlichen Beziehungen gelöst. Phoneme stellen die innere Situation beschreibend dar. Die erhöhte Bedeutung sexueller Vorgänge für die Pathoplastik der Psychose im Verein mit intensiven genitalen Sensationen weist auf Zusammenhänge mit peripheren Reizungen, verursacht durch ein Ovarialkarzinom, an dem die Kranke im Mai 1935 verstarb. Die somatischen Zustände erfahren einen wahnhaften Ausbau. Höhlen- und Kriechtiere dringen in den Unterleib. Zu einer Deutung der Tiere im Sinne von Sexualsymbolen gibt die formale Ähnlichkeit mit dem Phallus zunächst noch keine Berechtigung. Die Betrachtung des isolierten Erscheinungsbildes erklärt die symbolische Bedeutung keineswegs. Dem Primitiven sind Kriechtiere, deren Aspekt Überraschung und unheimliches Grauen vermittelt, Seelenträger und Verkörperung dämonischer Kraft. In der Psychose erscheinen die Tiere (Schlangen und Salamander) im Hinblick auf die massive organische Grundlage und das Überwiegen außerbewußter Automatismen zunächst nur als unmittelbare Komplexqualitäten des Nagenden, Schlüpfrigen, Schlürfenden, mit generell körperlicher Bedeutung. Erst die Verbindung mit individuellen Erlebnissen gibt dem imaginären Vorgang des Hineinkriechens eine spezifische Färbung. Indem frühere Neigungen zu einem Partner vom aktuellen Fühlen abgespalten und unter Verknüpfung mit den Tiererlebnissen gegenständlich werden, erlangen diese den Sinn einer sexuellen Handlung, wobei es dahingestellt bleiben muß, ob hiermit ein Concubitus oder ein Zustand körperlicher Abhängigkeit überhaupt gemeint ist. Die Verdinglichung früherer erotischer Erlebnisse läßt im Gefühl von Angst und Ekel einen der alten Persönlichkeit adäquaten Reaktionsmodus hervortreten, der zu Abwehrmaßnahmen gegen die vermeindlichen Attentate drängt. Indem der Reiz mit dem schizophrenen Prozeß, der ein Entfremdungsgefühl vermittelt, vereinigt wird, sind seine Auswirkungen nicht ich-erhöhend, sondern -zerstörend. Im selben Zusammenhang kommt auch einem wahnhaften Geburtsvorgang nicht so sehr die Bedeutung schöpferischer Produktion neuen Lebens zu, als vielmehr die der Vernichtung

und des Entzuges von Ichqualitäten, insofern sich der innere Blickpunkt nur auf den Akt des Ausstoßens konzentriert. Die Kinder werden dementsprechend zur Rolle frühzeitigen Sterbens verurteilt. Soweit es sich um eine Vernichtung des Selbstes handelt, liegen hier ganz andere Zusammenhänge vor, als im Falle des Schwangerschaftswahns bei der 32jährigen Gertraut Zz., wo die Mutterschaft Selbstbeglückung war. Das Heraustreten des erotischen Ausgangserlebnisses aus dem persönlichen Bedeutungszusammenhang, sowie die Übertragung der Geburt vom Bereich des Körperlich-Gebundenen ins Magisch-Allgemeinwertige und Transzendente läßt ähnliche Zusammenkänge anklingen wie der Empfängnistotemismus, wo die Abstammung des Kindes auf den Totem-Ahnen zurückgeführt wird, oder wie der Vorgang der „Immaculata conceptio". — Mit dem Umstand, daß zwischen Ich und Wahnwelt ein Vermittler steht (die Tiere werden von einem Toten namens Spettro in den Leib gesetzt) könnte eine Anspielung auf die Unmöglichkeit, zu handeln, obwohl der Antrieb vorhanden ist, gemeint sein. Diese Sperrung ist die von der Kranken so benannte „Scheidewand" zwischen Ich und Außenwelt, der die Unfähigkeit zu einem gefühlsmäßigen Rapport und die Unvereinbarkeit von Ideal mit realem Objekt entsprechen. Das hieraus resultierende Schwanken der Objektbezogenheit wird mit einem „Leben im Stil der Schmetterlinge" und einem „Boheme-Element" des Charakters verglichen. Der Tote allein als „Gefühlstransporteur" zwischen Ich und Objekt, als „wesen- und widerspruchslose Hülle", an der sich der Idealisationsakt vollzieht, vermag die Voraussetzungen für die Realisierung eines Ideals zu schaffen. — Mit fortschreitendem Persönlichkeitszerfall, naturgemäß auch mit der Größenzunahme der Geschwulst entfernen sich die sexuellen genitalen Sensationen mehr und mehr von persönlichen Beziehungen und werden in gegenständliche außenweltliche Zusammenhänge hineingestellt: es sind zunächst bestimmte und bekannte Persönlichkeiten, dann unbestimmte Typen- und Gattungsvertreter, Repräsentanten zügelloser Triebhaftigkeit, die im Weib das Allgemeingut der Männer, die Sache des Austausches sehen („Chinesen", „Prostitutionsvereine"), schließlich erscheinen die Erregungen lediglich durch imaginäre wesenlose Maschinen hervorgerufen. Einen gleichen Wandel der Pathoplastik erfährt der Schwangerschaftswahn, insofern der Unterleib zuerst menschliche Kinder beherbergt, späterhin nur mehr „undefinierbare Massen und Gegenstände". — Innerhalb des Wahnsystems wird auch die eigene Stellungnahme zu den generativen Vorgängen versinnbildlicht. Ein „Lama" scheint ganz der „Dummheit, Langweiligkeit und Blödigkeit" zu entsprechen, womit das bewußte Selbst erotische und sexuelle Vorgänge allgemeinhein zu bewerten pflegte. Anderseits ist die wahnhafte Umwandlung des Unterleibs in einen landwirtschaftlichen Betrieb oder in einen Globus Ausdruck einer Identifizierung der eigenen, menschlichen Generationsvorgänge mit der Fortzeugung des Lebens im Tier- und Pflanzenreich. Ähnlich erscheint bei den Naturvölkern Sexualität und Fortpflanzung im magischen Naturzusammenhang: zahlreiche Riten machen das Sexualleben abhängig von jahreszeitlich bedingten Gesetzmäßigkeiten, orgiastisch-ekstatische Tänze sollen das Wachsen der Samen und die Fruchtbarkeit der Tiere in zauberhafter Weise beeinflussen (Ackerbaufeste).

Die vorbehaltlose Übertragung ethnologisch bedeutsamer Vorstellungen auf die Interpretation psychotischer Erlebnisse nötigt doch zu gewisser Kritik. Parallelität von Erlebnissen bzw. Vorgängen

verschiedener Kategorien ist noch nicht Wesensgleichheit. Ein Vergleich von andersartigen Beziehungen ist überhaupt nur aus abstraktiver Basis möglich: nicht die Inhalte, sondern nur die hinter ihnen stehenden, gestaltenden Prinzipien sind vergleichbar. Als solche würden z. B. der Verlust des Ichgefühls an Natur und Kosmos, Personifizierungen von Ichzuständen u. ä. m. zu gelten haben. Dergleichen Dinge kommen natürlich nicht nur im Archaischen vor, sondern sind mehr oder minder vollständig auch im bewußten Seelenleben wirksam. Als bekannte Beispiele seien erwähnt das Gefühl der völligen Harmonie mit dem Unendlichen in der Einsamkeit oder die Ichweitung bei betrachtendem Versunkensein in den bestirnten Himmel. Im Vergleich mit dem archaischen Kosmoserleben dürfte es sich hier nur um verschiedene Stadien der Einfühlung handeln. Auf diesem Wege besteht freilich eine absolute Übereinstimmung. Es fragt sich nur, ob die generalisierende Abstraktion, die man mit diesem etwas dialektischen Verfahren vollzieht, nicht zu weit gegangen ist und die ursprüngliche konkrete Heterogenie zweier Zuständigkeitsbereiche bereits aus dem Gesichtskreis verloren hat. Bewußte Einfühlung, archaisches und schizophrenes Denken sind in ihrer Struktur zwar ähnlich, aber nicht identisch. Hinsichtlich der prospektiven Tendenz besteht sogar ein erheblicher Unterschied. Das im ganzheitlichen Zusammenhang von Dingwelt und Bewußtsein verbleibende mythische Denken gleicht sich instinktiv und wirklichkeitszugewandt der Natur an, entwickelt die synthetische Zusammenfassung allgemeingültiger Erfahrungen in der Besonderung und im Symbol. Der Wahn, schon an sich viel komplexer gelagert durch die Tatsache, das er eine im Vergleich zum Archaischen umrissene Individualität befällt, löst die Einheit zur Vielheit auf, nivelliert das Besondere zum Allgemeinen und zum Schema. —

Der im Generellen wirkende Instinkt wird durch die freie Persönlichkeit gezügelt und auf die Ebene der individuellen Gestaltung, des Auswählens, des ästhetischen, ethischen und rassischen Wertens erhoben. Hat Sinnlichkeit im Haften am einzelnen Merkmal fetischistischen Charakter, so beruht das, was Eros genannt wird, auf der leib-seelischen Totalität. Im Gegensatz zum Verliebtsein, wo der idealisierende Faktor überwiegt, ist mit fortschreitender Ausreifung der Persönlichkeit die Anpassung an die wirkliche Liebesgestalt eine vollkommenere. Hier wächst das Ich unter lustvollem Aufgeben seiner bisherigen Existenz über die eigenen Grenzen hinaus. Mit der Auswirkung des Sexuellen im Persönlichkeitsverbande ist die Brücke zu einer Gruppe von verlobten

Schizophrenen (10 Männer, 5 Frauen) geschlagen. Es mag dahin gestellt bleiben, ob es — bei Ausschluß einer äußeren Zwangslage — nun gerade eine schizophrene Besonderheit ist, daß manchmal trotz jahrelanger Dauer des Verlöbnisses der Entschluß zur Ehe nicht aufgebracht wird. Die Unschlüssigkeit ergibt sich teils aus einem ständigen Prüfen und Versuchen heraus, „ob man zueinander paßt", teils aus anderweitigen Gefühlsbindungen, meist an die Familie, oder überhaupt aus rationalen Erwägungen. In zwei Fällen kommt die Verlobung auf die weibliche Initiative hin zustande, wobei der männliche Schizophrenie-Träger alle Intimitäten passiv über sich ergehen läßt, analog dem sexuellen Dienen weiblicher lediger Schizophrener. Das wesentlich höhere Alter der Braut erweist sich in zwei weiteren Fällen durchaus nicht als hinderlich für das gegenseitige Einvernehmen. Man gewinnt den Eindruck einer Selbstsicherung: „das Mütterliche (der Braut) überwindet die Schüchternheit." Eine ähnliche Bedeutung hat zuweilen die uneheliche Mutterschaft der Braut. Wenn man auch hier eine abnorme Persönlichkeitsveranlagung in Betracht ziehen kann, so wäre wiederum an eine gewisse Verantwortungsscheu zu denken, die das Risiko eigener Fortpflanzung nicht eingehen möchte. Das mitgebrachte fremde Kind nimmt die Realisierung der Vaterwünsche vorweg. Die Bindung an den Verlobten bleibt in einem Fall von schizophrenem Defekt noch jahrelang über die endgültige Trennung hinaus unter Außerachtlassung der wirklichen Umstände bestehen und nimmt in der ständigen Gewißheit, geheiratet zu werden, den Charakter von Residualwahn an, wogegen in anderen Fällen nach der Psychose eine völlige Indolenz dem Verlobten gegenüber obwaltet.

Mit folgendem Fall (Frieda Wg., 40jähr.), der in einem produktiven Wahnsystem Tendenzen ehelicher Gemeinschaftsbildung erkennen läßt, beschließen wir die Besprechung der „älteren Ledigen". Der Umstand, daß die Psychose hier zu Destruktion in erster Linie des Körperbewußtseins führt, läßt vage Zusammenhänge mit der Vorliebe für einen Körperkult in der prämobiden Entwicklung vermuten. Schon hier hat das Körperliche eine ambivalente Bedeudeutung. Der Körper als Ausdrucksorgan des Seelischen verfällt einem Reinlichkeitsfanatismus, als Träger vergänglicher animaler Attribute aber wird er Gegenstand des Abscheus. Diese leib-seelische Entzweiung scheint es zu sein, die der Kranken die Erotisierung unmöglich macht. Die Psychose führt zum Auseinanderfallen der im Bewußtsein unharmonisch gegenüberstehenden ichnahen und animalen Sphäre, die — zugleich mit den Prinzipien der Ichbeglückung und des Unrein-Zerstörenden — nach den vertikalen Extremen symbolhaft angeordnet werden. Mit der Auflösung des Körperbewußtseins verselbständigen sich die generellen Sexualmechanismen und werden in der Außenwelt der Öffentlichkeit preisgegeben. Symbol dessen ist der „Kommunismus mit der Frauengemeinschaft und der Prostituiertenmoral". In den

Wahn gehen genealogische Ideen ein, die den Körper im Zuge der Enteignung zum Produkt der Ahnen machen. Dem Chaos des Abbaus entspricht das Bedürfnis nach Form. Die Kranke identifiziert sich mit einer englischen Prinzessin und erlebt die Gemeinschaft mit einer imaginären, Außergewöhnliches, orientalische Pracht und Reichtum repräsentierenden männlichen Persönlichkeit. Die in das Körperschema eingegliederten Ehemänner haben Beziehungen zur oralen Zone. Bezeichnend ist die Vielzahl der Liebesobjekte. Früher dargebrachte Sympathien stehen unvermittelt nebeneinander mit gleichen Valenzen (Polyandrie). Der „Kleine", der sich an der Brustregion manifestiert, ist offenbar Kontamination von Liebespartner und Kind. Während das „kommunistische Prinzip" den Untergang des Körpers im rein Animalen und Inferionen versinnbildlicht, erfahren in der oralen ichnahen Zone, wo auch die Ehe lokalisiert wird, ideale Strebungen ihre Vergegenständlichung. Hierbei bleibt das generative Ichbewußtsein relativ lange komponiert. Hinter den imaginären Gattungs- und Geburtsvorgängen steht ein weibliches Fühlen. Mit zunehmendem Defekt werden die wahnhaften Produktionen verworrener. Persönliche Einheit und Körperschema müssen gänzlich zerfallen sein, wenn der gesamte Körper gleichsam zum Generationsorgan geworden ist. Mit der Progredienz des Prozesses geht auch die Ausbreitung der imaginären Körperzerstörung Hand in Hand. Während zunächst nur periphere Körperteile von den „kommunistischen" Eingriffen in Mitleidenschaft gezogen sind, scheint die Beteiligung des Kieferapparates bedeutend näher an das Bewußtseinszentrum herangerückt zu sein.

Verheiratete Schizophrene.

Die Fortdauer einer persönlichen Interessengemeinschaft unterliegt dem gegenseitigen Ausgleich auch der differenzierten, über das Aktuelle hinausgehenden, anlagemäßig bedingten psychischen Möglichkeiten. In diesem Ausgleich verflechten sich vom Gegenstand der Liebe erfühlte Bejahung des eigenen Selbstes und Selbstopferung zur produktiv-tätigen Einverleibung im Sinne Nietzsches, der Neuschaffung eines lebendigen, organisch notwendigen Teils der Persönlichkeit. Die Tendenz, diese Icherweiterung gleichsam greifbar zu fixieren, manifestiert die Möglichkeiten der Schöpfung neuen Lebens im Kinde. Flüchtige instinktive Wechselbeziehungen schließen sich in Auswirkung des Prinzips von der Heterogonie der Zwecke (*Wundt*) „für immer" zu einem sittlich gerichteten Ganzen zusammen mit der Intention auf ein gemeinsames Erleben der Wirklichkeit und führen so über die allgemein-psychologischen Zuständlichkeiten hinaus zu charakterlichen Qualitäten der Treue. Die Wiedergeburt eines neuen Ichs und die Bestätigung einer selbstischen, scheinbar zwecklosen Vergangenheit als Grundlage des Neuen liegen dem Erlösungsmotiv der Wagner'schen Musikdramen in gleicher Weise zugrunde wie der Erlösung Peer Gynt's durch den Glauben Solveigs an sein besseres Selbst.

Aus den Aufzeichnungen eines 28jähr. verheirateten Schizophrenen (Kurt Kr.): „Vollkommenes ergibt sich nur aus der Wirkung untrennbarer Gegensätze. Man mißt den Mann am Weib und umgekehrt.. Ein größerer Wert des einen Geschlechts vor dem anderen läßt sich nicht feststellen. Gleicher Wert heißt gleiches Recht. Daher muß man der Frau die Rechte des Mannes einräumen, trotz verschiedener Eigenschaften, die sich gegenüberstehen wie Feuer und Wasser. Das Naturgesetz entsteht aus der Wirkung untrennbarer Gegensätze. Mensch ist die Bezeichnung für etwas Vollkommenes. Mann und Weib sind die Spitzen der Menschheit. Daraus ergeben sich gegenseitige Hochachtung und Treue..." Aus einem Gedicht: Weib, mein Leben gehört Dir... Laß mich versinken in Deinem Schoß, nimm von mir Glut, Feuer und Kraft, sauge meinen Willen weg, so daß ich nicht mehr bin! Weib, laß mich selig sein an Dir, Du sollst herrlich werden durch mich.

Vergleicht man hiermit die Aufzeichnungen der gleichalterigen Friederike Ml und des Kurt Se, so ist man versucht, hieraus einen aufsteigenden Entwicklungsgang zu konstruieren, der von dem neutralen Stadium einer virgo intacta, bei der das Animale noch nicht sinnvoll eingeliedert ist, seinen Anfang nimmt und über eine schwärmerische, statische und irreale Jünglingsliebe zu dem Stadium der Reife fortschreitet, das in einer bleibenden und realen Wirbildung gipfelt. In gleicher Weise sind bei einer Gruppe von 13 Männern und 15 Frauen Persönlichkeit und Generationsmechanismus syntoner zusammengeschlossen. Es sind zumeist geselligkeitsliebende, teils sensitive Naturen mit lebhaftem Temperament und dem Bedürfnis nach harmonischem Zusammenleben. Die Einheit von Ich und Ausdruck, der einem dynamischen Sich-Entledigen-Wollen innerer Zustände entspringt, vermittelt die Unmittelbarkeit der Beziehungen zur Außenwelt. Inneres Weiterwollen ist stärker als bloßes Erfahren. Der generelle Automatismus untersteht dem prinzipium individuationis. Gegenseitige Synthese überträgt Wesenszüge des Partners ins eigenen Ich, formt gleich Interessen und Lebensauffassungen, verwirklicht charakterliche Ideale: „Selbstlosigkeit, Neidlosigkeit, Religiosität", „Anständigkeit, Ehrlichkeit, geistige Überlegenheit", „Gefühl des Geborgenseins und des inneren Halts". Die Liebesheirat überwiegt, wo eine ursprüngliche, mitunter sogar körperliche Ähnlichkeit den Ausschlag gibt. In vereinzelten Fällen sind Ich und Liebesgestalt vom entgegengesetzten Typ. Was die Psychose anlangt, so liegt der Ausgangspunkt des Wahns mehr im Sozialen. Verfolgungen und Beobachtungen erscheinen als Projektion eigener Insuffienzen und Konflikte in die Umwelt. Oder das Ich identifiziert sich mit Symbolen der Größe und Erhabenheit, wogegen wahnhafte Körperveränderungen zurücktreten. Die Prognose ist, soweit die meist drei Jahre nach Abklingen der Psychose erfolgte Nachunter-

suchung erkennen ließ, mit Rücksicht auf die Wiederherstellung der Persönlichkeit, Einsicht oder soziale Einordnungsfähigkeit in der Mehrzahl der Fälle (21 von 28, in 2 Fällen erfolgte keine Nachuntersuchung) als günstig zu beurteilen. Weitere Beispiele aus dieser Gruppe, die an der Norm gemessen keine Besonderheiten des Generationslebens bietet, erübrigen sich.

In Hinsicht auf die relative Abgeschlossenheit der sexuellen Entwicklung soll die Besprechung des Falles Otto Vg., der als Zwischentyp und Überleitung zu der nachstehend charakterisierten Gruppe gelten kann, ihren Platz hier finden. Es wird auch ersichtlich, daß die verheirateten Schizophrenen eine gänzlich andere Sexualstruktur haben als die unverheirateten. Otto Vg. sucht die Klinik aus wirtschaftlichen Motiven auf, um seine zahllosen Malereien und Zeichnungen zu verkaufen, die aus flächenhaften, mosaikartigen, teilweise recht inkohärent unter Verwechslung von Grund- und Aufriß nebeneinander gesetzten Figuren und Linien bestehen und von schematisierenden Tendenzen stark beherrscht sind. Im bewußten Verzicht auf konventionelle Form gleichen sie dem expressionistischen Stil. Jede Zeichnung verfolgt den Zweck der Befreiung von Ideen, die im akuten Stadium der Psychose zentrale Bedeutung hat. Als Beispiel sei das Bild 110 angeführt: oben im Bilde eine Madonna, zu deren Füßen zwei betende Gestalten kauern, Bruder und Schwester. In der Mitte ein Christuskopf mit Teufels- und Eulenfratze, das kranke vom bösen Gewissen verfolgte Ich, dem der Kampf gilt. Unten, von einem Rahmen eingefaßt, ein Bild, das den „heimgekehrten, umgekehrten oder bekehrten“ Vater darstellt. „Das bin ich selbst.“ Das Bild hat Eiform als Sinnbild des Ursprungs, von dem die Kraft (Strahlen und Vierecke) ausgeht. Über der Familie spannt sich ein „Himmel von Embryonen aus“. Das bedeutet Kindersegen und zugleich Liebe zur Zeugungs- und Geschlechtskraft in der Natur. Die Embryonen fliegen wie Liebesgedanken zur eigenen Frau. Es ist wie „reife, himmlische Liebe“, die in Gedanken an Fortpflanzung handelt. Die Sterne in diesem Embryonenhimmel sind mit Kinderköpfen ausgefüllt, „das Kind ist die Unschuld, das Liebespfand und Symbol der Liebe“.

Die Regelmäßigkeit der Zeichnung verleiht dem Kranken „Ordnung und Halt“. Zum künstlerischen Schaffen kann man darin eine Parellele sehen, daß Affekte und das Gleichgewicht störende Inhalte auf den Gegenstand übertragen werden. Der Kranke faßt Wahn und Konflikt (religiöser Wahn, Messias- und Erlösungsgedanken) in einem selbstgeschaffenen Schema von Symbolwert zusammen, wobei es für ihn unwesentlich ist, daß die Ausdrucksmittel der formalen Gestaltung unzulänglich sind oder in äußerlichen Ähnlichkeiten stecken bleiben. Auf Bedeutung kommt es ausschließlich an. Die Schnörkel sind nicht nur Surrogat des Krankhaften, sondern das substantiell gewordene diffuse, schwebende, fließende, nicht zu detailierende, beunruhigende Etwas selbst, das — in irgendeine statische Form gefaßt und unter einem Leitmotiv rubriziert — nunmehr seine dynamische Wirkung eingebüßt hat. „Jetzt hat mich nicht mehr die Krankheit, sondern ich habe die Krankheit“, wie der Primitive mit dem Bilde seines Feindes diesen persönlich in seiner Gewalt zu haben vermeint. Dem fetischistischen Denken ist ein Stück der Repräsentant einer Vielheit. Innerseelische Zusammenhänge werden konkret mit den Bildern der Natur geschaut. Das Äußere ist vieldeutiges und variables

Sinnbild des Innern mit dem Charakter des „als ob“. Ein Fisch ist bald Zeugungssymbol, bald Triebwesen, bald Gefahr, bald Sumpf. So unterliegt das Symbol, der jeweiligen Stimmung und inneren Einstellung entsprechend, einer höchst wandelbaren Interpretation. Auf diesem Grunde des Fühldenkens wächst das heterogene Gemisch aus erhabener Symbolik und dekadenter Sinnlichkeit. Die Verbindung von Malerei und Sexus steht einer pornographischen Bedeutung fern. Sie zielt auf die Versinnbildlichung einer seelischen Erneuerung, die sich in eigenwertiger Weise mit dem Gesundungsprozesse verknüpft. — Daß die relative Einheitlichkeit der Sexualität und die günstige Prognose einen gewissen, vielleicht sogar kausalen Zusammenhang haben, läßt sich nach statistischen Vergleichen in dieser Gruppe Verheirateter wahrscheinlich machen. Der Umstand, daß die Ideen innerhalb des Allgemeinmenschlichen und psychologisch Verständlichen gelegen sind, könnte die Zugehörigkeit des Bildes zum Kreis der Prozeßpsychosen in Frage ziehen. Indessen kann man an der Tatsache eines schizophrenen Einbruchs nicht vorübergehen, wenn man neben der Fremdartigkeit und Selbständigkeit des Wahnkomplexes das Realitätsbewußtsein, ferner die Struktur der zeichnerischen Produktionen bedenkt. — Trotz Geschlossenheit des Gattungsbewußtseins läßt die Form der Fühlungnahme mit der Gegengattung die spezifisch männlichen Qualitäten vermissen. Ob man die perversen Besonderheiten der normalen Konjunktion oder sonstige Intimitäten zum Gegenstande der Untersuchung macht, stets handelt es sich um ein mehr passives Gewähren. Der vom Kranken selbst gedeutete Sinn dieser Handlung ist das Suchen des Kindes nach der Mutter. Eigentliche Inzestwünsche könnte man hier aber vergeblich suchen. Seine Mutter hat V. nicht gekannt und die ungerechte Behandlung durch die Stiefmutter löste nur mehr stärkste Ablehnung in ihm aus. Vielmehr ist die alma mater gemeint, der Zustand ruhender Apathie und sorgloser Weltverlorenheit. Die körperliche Einverleibung des Gattungsmerkmals führt angesichts der Nähe der „Eingangspforte in die Welt“ zu völliger Identifikation mit der Matrix der leib-seelischen Entwicklung. Diese Struktur geht dem Bewußtsein des naiven Ausgeliefertseins an die Welt unmittelbar parallel. Insofern ist die Sexualität hier Auswirkung der Persönlichkeit. Die Vorstellung von einem männlichen Körper und einer weiblichen Seele (dargestellt in Bild 104) entspricht durchaus dem psychischen Aufbau. Einerseits greift die Außenwelt mit den vielseitigen Anforderungen an die Anpassung zerstörend in den Kreis der Ideale ein, andererseits bedarf die Selbstentwicklung gerade einer Wegleitung von außen. Dem Chaos der Direktionslosigkeit wird die Frau mit dem Symbol der Wiedergeburt zum ruhenden Pol. („Die Frau ist das Muttersymbol, sie nährt mich durch Ideen, und bringt mich zur Welt zurück. Ich lasse mich gern leiten, der Lohn dafür ist die Macht über das Böse in der Welt.“) Die Frau, vornehmlich die kleinwüchsige, mädchenhaft unbescholtene oder als Medium sich widerspruchslos hingebende, realisiert die Sehnsucht nach Originalität und gigantischer Größe. Die Bindung an die Schwester hält auch in der Ehe an, so daß zwei Liebesobjekte nebeneinander bestehen: die Schwester verwirklicht auf der Basis einer gemeinsamen Vergangenheit die geheimen Wünsche und Ideen, während die Ehefrau die reale und körperliche Daseinsform symbolisiert und durch ihre Zugehörigkeit zur Körpersphäre, die von der Psychose unberührt bleibt, den alten Bestand, das „gesunde“ Kontinuum im Persönlichkeitswandel garantiert.

Die Individuen mit der vollendeten generativen Entwicklung stehen quantitativ hinter der folgenden Gruppe Verheirateter

(15 Männer, 40 Frauen) zurück. Der Einbruch des Prozesses erfolgt hier relativ später. Das durchschnittliche Erkrankungsalter beträgt in der zweiten Gruppe 36,1 in der ersten Gruppe 29,5 J. Neben Sperrungen in der Sphäre der Ausdrucksmotorik mit Bildern von Katatonie und Katalepsie ist die Psychose durch produktive Wahnbildungen gekennzeichnet und gehört vielfach zum Typ der Spätschizophrenien. Es finden sich alle Stadien wahnhaften Eindringens in die Ichsphäre, vom Verfolgungs- und Beobachtungswahn bis zu Veränderungen des Körperbewußtseins mit körperlichen und sexuellen Halluzinationen. Der klimakterielle Typ der Schizophrenie (*Betzendahl*) ist besonders vertreten, wo Rückbildungsvorgänge und Nachlassen der vitalen Funktionen wahnhaft ausgebaut werden. Sexuelle Krisen an der Schwelle der Vergreisung werden Grundlagen von Eifersuchts- und Liebeswahn. Soziale Werte geben, getragen von einer maniformen Stimmungslage Direktiven für die Entwicklung eines religiösen Wahns, in dem das Leben biblischer Personen kopiert wird.

Wie der Affekt Schöpfer des mythischen Denkens ist oder allgemeinhin die Auffassung von der Außenwelt bestimmt, versieht unbefriedigte Sexualität nicht selten alle Eindrücke mit einer erotischen Note und objektiviert sich in einem sexuellen Beziehungs- und Beeinträchtigungswahn (Gerda Hg., 40.-j.). Gegenüber der vorhergehenden Gruppe Verheirateter erscheint vorwiegend das somato-psychische Bewußtsein vom Prozeß betroffen. Auch hinsichtlich des Verlaufes bestehen einige Unterschiede. Die Prognose der Gruppe von Späterkrankungen ist in 37 von 55 Fällen im Hinblick auf den chronischen Verlauf, die Tendenz zu Defektheilung und Fehlen von Krankheitseinsicht beim Zeitpunkt der Nachuntersuchung (durchschnittlich 3—5 Jahre nach der Entlassung) als ungünstig zu bezeichnen, in 3 Fällen als günstig oder zweifelhaft. In 13 Fällen war eine Nachuntersuchung noch nicht möglich. Eine Neigung zum Idealisieren in Zusammenhang mit einer gewissen Unsicherheit der Selbstbehauptung führt nicht selten zur Entzweiung zwischen Welt und Ich unter Entwicklung eines weltfeindlichen Fanatismus. Ungeselligkeit und assoziale Bestrebungen im eigentlichen Sinne sind hingegen selten. Im intimen Eheleben ergeben sich Leidenschaftslosigkeit, Zurückhaltung, bisweilen auch ständiges Unbefriedigtsein. Dies ist wohl hinsichtlich einer gewohnheitsmäßigen Haltung gegenüber den sexuellen Gegebenheiten nicht so sehr Ausdruck eines dem Sympathieverhältnis zum Partner entstammenden Reaktionsmodus, als gerade auch einer Eigenart des Automatismus, was einerseits

biologisch betrachtet werden kann, als Hemmung des motorisch-energetischen Ablaufs (Fehlen von Orgasmus) oder als Sperrung bzw. Verzögerung der Umformung vitaler Energie zur spezifischen und gerichteten Triebkraft (Fehlen der Libido, Verlangsamung der Reagibilität), andererseits psychophysisch als Ausbleiben des identifikatorischen Aktes, entsprechend anderweitigen Besonderheiten des erotischen Fühlens: Sprödigkeit, fehlende Konjunktionsbereitschaft trotz seelischer Zuneigung. Ob all dies ausschließlich konstitutionell fundiert ist, läßt sich mit Sicherheit nicht entscheiden. Der schizophrenen Persönlichkeit gilt jedenfalls Sexualität nicht als Funktion der Ehegemeinschaft, sondern als Faktum sui generis. Die wechselnde Erotisierung scheint mit der Realitätsbezogenheit überhaupt parallel zu gehen. Dem entspricht ein Hin- und Herschnellen zwischen kalter Ablehnung und übertriebener Zuwendung (*Kretschmer*'s hyperästhetische Proportion). Die relative Selbständigkeit der sexuellen Mechanismen kann auch hier zuweilen in einem Hypersexualismus übergehen, was sich zu erkennen gibt in außerehelichen Beziehungen oder in autosexuellen Akten mitunter post conjunktionem schließlich in der Anwendung verschiedenster Praktiken. Vieles erinnert hier an die Durchgangsstadien der sexuellen Entwicklung bei den Jugendlichen und Ledigen.

Charlotte Ke. Die Kranke empfindet sexuelle Anästhesie und geringen Kontrektationstrieb als Undifferenziertheit, „Kindlichkeit", „Schlafmützigkeit", „Unempfindlichkeit der Körperoberfläche", Unfähigkeit, „aus sich herauszugehen". Um rein somatisch faßbare Ursachen dürfte es sich hier nicht ausschließlich handeln. Auf eine mehr psychische Einstellung weist der Umstand hin, daß sich die illusorische Einung in bestimmten Situationen entwickelt, z. B. unter der Vorstellung die Gestalt der Schwägerin oder der Nachbarin zu besitzen: Ich und Körpersphäre schließen sich zu einer sexuell intendierten Einheit zusammen durch Nachahmung von Vorbildern. Darauf, daß die Sexualität unter Absehung des Ehemannes masturbatorisch ausgelebt wird, dürften die von beschimpfenden Phoneme begleiteten Wahnerlebnisse zurückgehen, sich wider Willen prostituieren zu müssen. Im Zuge einer ästhetischen Bewertung werden die autosexuellen Praktiken zur ehelichen Untreue und Kompromittierung vor der Öffentlichkeit.

Auch in weiteren Fällen steht die Ehe so wenig im Dienste der Vermittlung des somatischen Rapports, daß trotz jahrelangen Zusammenlebens die größte Prüderie obwaltet. Übertriebene Scham dürfte hier unmittelbarer Ausdruck einer sich aus der Persönlichkeitsartung ergebenden Überwertigkeit der sozialen und konventionellen Orientierung sein. Für die Gesellschaft ist ja das Körperliche, soweit es mit den Ausscheidungsvorgängen zusammenhängt, tabu. Preisgabe der Blöße liefert an den aus,

der sie mit den Augen der öffentlichen Meinung sieht. Dies scheint kein ausschließliches Produkt der Zivilisation und Erziehung zu sein. Schon bei manchen Naturvölkern ist der Glauben verbreitet, daß Ansichtigwerden des Generationsorgans dem Träger wie dem Betrachter durch Ausstrahlung magischer Kräfte Gefahren bringt. Die Sage vom König Kandaules (Hebbels Gyges und sein Ring) geht auf alte Anschauungen zurück, wonach das Weib dem gehört, der seinen Körper schaut. In Konsequenz dessen scheidet Rhodope aus dem Leben, weil sie durch die Schamverletzung in Leibeigenschaft gerät.

Im Falle einer 47jähr. Schizophrenen, Alwine He., die sich durch vermeintliche Beobachtungen von der Zimmerdecke her veranlaßt, aller intimen Verrichtungen enthält oder sich durch Schirme vor den unerlaubten Blicken zu schützen strebte, besteht schon im prämorbiden Eheleben eine auffällige Prüderie. Zu Intimitäten erklärte sie sich nur im Dunkeln bereit. Spontan wurden keine Bedürfnisse geäußert.

Das erotische Gefüge in der zweiten Gruppe der Verheirateten ist sehr oft heterogen und disharmonisch. Der Heiratsentschluß liegt manchmal geradezu außerhalb der erotischen und sexuellen Sphäre. Bestimmte Motive, verstandesmäßige Erwägungen veranlassen mehr und weniger gezwungen das Aufgeben der bisherigen Gepflogenheiten: Mitleid, Anteilnahme am Schicksal des anderen, Beherrschen- und Führenwollen, Betreiben der Familie oder Dritter, Zerwürfnis mit den Angehörigen, Vergeltung für die Wiederverheiratung des Vaters, geschäftliche Interessen, (Ella Fr.: „Es ist des Ernährens wegen und daß man einen Anhalt hat, wenn die Eltern tot sind"). Besonders bei einigen verschrobenen Persönlichkeiten finden sich Unnatürlichkeit und Lebensfremdheit vereint mit einer unsinnlichen Liebe, die auf der Übereinstimmung eines isolierten Interessengebietes basiert, ohne der Gesamtpersönlichkeit des Partners gerecht zu werden. Bisweilen vollzieht sich hierbei dennoch im Verlauf der Ehe ein gegenseitiger Ausgleich, sodaß die ursprünglich geistige Zuneigung in eine totale leibseelische Harmonie übergeht. Die innere Verbundenheit geht in einigen Fällen von bestimmten körperlichen Eigenschaften aus („Ein wehleidiges gutmütiges Zucken der Mundwinkel") oder von einem besonderen, die eigene Person verherrlichenden Charakterzug („Anschmiegendes, unterwürfiges Wesen"). Das durchschnittliche Heiratsalter der Männer beträgt in dieser Gruppe 28,7, das der Frauen 25,4 J., in der ersten Gruppe entsprechend 25,5 und 23,4 J. Die Einstellung zur Fortpflanzung ist in beiden Gruppen positiv, in vereinzelten Fällen aus einer biologischem, lebenerhaltendem Denken fernstehenden Verschrobenheit heraus.

Ludwig Fn., 72jähr. Schizophrener, sektierender Sonderling, von Beruf Buchhalter, steht seit 10 Jahren unter der Einwirkung des Wahns körperlicher Veränderungen und des Gedankenentzugs. Das Sexuelle ist ihm unästhetische, zerstörende Wirklichkeit. Gewisse Abstraktion vom Eigenkörperlichen (Gibbus) trifft mit einer geringen Triebkraft zusammen. Bei der Heirat im 56. Lebensjahr spielen erotische Motive keine Rolle. Der Initiative der Frau, einer Kriegerwitwe mit 2 Kindern, kommen Furcht vor der Vereinsamung und Liebe zum Kinde entgegen. Ein gewisser geistiger Rapport mit der ebenfalls verschrobenen Frau ist nicht von der Hand zu weisen. In der Einfühlung in das Kindliche und Hilfsbedürftige wird vor allem das Diminutivum des eigenen Selbstes geliebt und die Erfüllung des eigenen Willens erwartet. Die Kinder stehen auch weiterhin in der Ehe ganz im Vordergrund, während das Verhältnis zur Frau ein kameradschaftliches bleibt. Die eheliche Vereinigung ist im Hinblick auf physische Schwierigkeiten nicht Auswirkung des Instinkts, sondern wird Gegenstand von Zugriffen des Intellekts. Die Ehefrau bestimmt kalendarisch den Termin, damit die Konzeption gewährleistet ist. Indessen zeichnet sich die Ehe keineswegs durch besondere Fruchtbarkeit aus (2 eigene Kinder).

Alfred Sz., 62jähr. Schizophrener. Seit dem 23. Lebensjahr verheiratet, 4 Kinder. Typ des Kampfparanoikers (Sektierer, Welterlöser). Schübe im 22. und 50. Lebensjahr. Die Psychose war vorwiegend durch religiöse Wahnideen beinhaltet. Für den Heiratsentschluß gab u. a. den Ausschlag der Rat eines Magnopathen, der eine geregelte Lebensweise für zweckmäßig hielt. Volle Harmonie zu Beginn der Ehe, späterhin Potenzstörung, Nachlassen der Libido. Tyrannisiert mit verschrobenen Ideen die Familie. Das Eheleben gilt nunmehr als etwas Tierisches, der Trieb wechselt von impulsivem Hingegebensein in eine oft monatelange kalte Zurückhaltung hinüber, bis die vom bewußten Ich losgelösten somatischen Funktionen, akkumuliert, mit elementarer Gewalt die Bewußtseinsschwelle durchbrechen. Der „Säfteverlust" wird als schädlich angesehen, wodurch geistige, ätherische und seelische Kräfte verloren gingen, die aus Gott stammen und substantiell seien. Die Seele, die zwischen Gott und Blut stehe, werde durch diesen Verlust materialisiert und zum geistigen Tode verurteilt. Im bloßen Sinnenrausch sei der Verlust dieser Kräfte zwecklos. Wenn aber darüber die Idee der Fortpflanzung gestanden habe, übertragen sich die Kräfte auf das Kind. Fortpflanzung sei gottgewollt, Wollust schädlich. Mit der Vorstellung mancher Naturvölker, denen der animale Kontakt als gefährlich und schwächend gilt und die der Lebens- oder Wirkkraft in den Dingen (Mana) eine freie persönliche und übertragbare Existenz zuschreiben, besteht eine offensichtliche Ähnlichkeit.

Als eigentlicher Vertreter der zweiten Gruppe Verheirateter mit der vorwiegend somato-psychischen Wahnbildung sind acht ältere Frauen zu nennen, bei denen sich imaginäre Entstellungen des Körpers mit systematisiertem Liebeswahn kombinieren und die in der Ehe unter einer unbefriedigenden Dauersituation gestanden haben. Der Wahn wird dann zum Erleben einer erneuten Ausreifung und einer zweiten Pubertät. Es ist, als ob vor dem endgültigen Eintritt ins Alter die bislang verhaltenen Energien noch einmal aufflackern und nie geahnte Möglichkeiten erschließen. „Ich sollte eben entschädigt werden für mein bisheriges lustloses

Dasein“ (Margarete Bf.). Die Icherhöhung ist bei der Wahl des imaginären erotischen Objekts wie im jugendlichen Liebeswahn von ausschlaggebender Bedeutung. Die Liebe erstreckt sich auf Persönlichkeiten von höchster Vollkommenheit, Führer, Staatsmänner, Christus, ja den Herrgott selbst. Die wahnhaften Orgasmen sind nicht immer halluziniert, sondern haben manchmal eine autosexuelle Grundlage.

Die Liebe einer Zweiundvierzigjährigen (Brigitte Ag.) zu einem Zahnarzt zeigt gewisse seelische Zusammenhänge mit der Impotenz des Ehemannes. Während die inneren Beziehungen zum Ehemanne, der die Liebe zerstörenden Mechanismus und den abnormen Rapport sinnfällig darstellt, abgebrochen werden, erhebt sich in dem Arzt eine stark ichbetonte Erotik zu einem imaginären Eheleben mit einem Dauerzustand körperlicher Vereinigung. Im Wahnbereich entwickelt sich ein gleicher Mechanismus, wie im realen Gattungsleben. Im Vollzuge eines identifikatorischen Aktes bestehen zwei Ichzentren und ein gemeinsamer Leib. Das Einswerden von Ich und Liebesobjekt erstreckt sich auf die gesamte Körpersphäre bis zum konkreten Erlebnis einer Zwitterexistenz, wobei einzelne Akte der somato- und autopsychischen Erfahrung auf die Gegenstandseite treten und die Qualitäten des Männlichen annehmen. Neben der Gemeinsamkeit des Leibes steht ein Bewußtsein der Zweiheit der primären Gattungsmerkmale, wobei die Orgasmen in Beziehung zur eigenen Person gebracht werden.

Zwischen dem Liebeswahn der Ledigen und Verheirateten bestehen gewisse Unterschiede. Zwar leben auch die Jugendlichen eine Scheinehe, aber das fortgeschrittene Alter und ein langjähriges Zusammenleben haben die Voraussetzungen für die tiefere Verankerung der Sexualität und der Zusammengehörigkeit beider Gattungen im eigenen Körperbewußtsein geschaffen. Der produktive Wahn greift radikaler in das Bewußtsein von der physischen und psychischen Person ein, ursprüngliche Sympathien erfahren eine Umkehr, so daß der wahnhaften Vereinigung der Charakter des Zwanges und des Parasitären anhaftet. Im Wahn der Jugendlichen überwiegt die Außenorientierung neben der Isolierung der Sexualität, die auf die animale Sphäre der Liebesgestalt nur in der Reflexion bezogen ist, während im systematisierten Liebeswahn der Verheirateten der eigene Körper Schauplatz der wahnhaften Vorgänge ist.

In zwei Fällen (Ilse As Susanne Pt.) ist die Stellung einer hypersexuellen Triebveranlagung im Eheleben und im Wahn ersichtlich. Sinnenfreude und obzöne Formgebung verwurzeln den Schwerpunkt der bewußten Existenz in der animalischen Sphäre. Der vitale Rausch übertönt das Gefühl der seelischen Gemeinschaft in unmittelbarer Auswirkung einer Hyperästhesie, wo ja das Eigenkörperliche a priori von stark gegenständlicher Struktur ist. Auch der abnorme Kontakt scheint sich ganz im Gegenständlichen zu vollziehen, insofern das Hinabgleiten in die inferiore Region der Dugestalt intendiert bleibt

und der sensorische Pol seine topische Bestimmtheit beibehält. Das Abnorme ist Stimulanz. Das „variatio delectat“ fixiert die Autonomie des Sexuellen und nötigt zu immer weiteren Exkursionen in den Leib, an dem der Ehepartner nur appendix ist. Die isolierten Merkmale der Gegengattung werden geradezu Bestandteil des eigenen Körperbewußtseins, wie dies im Fall der Susanne Pt. auch halluzinatorisch erlebt wird. Frühere perverse Sexualgepflogenheiten werden in der Psychose zu unpersönlichen maschinellen Veränderungen des Körpers umgestaltet oder manifestieren sich im Zusammenhang mit einem Liebeswahn. Das orgiastische Gefühl erfährt dadurch, daß seine Entstehung auf die Objektseite projiziert wird, noch eine Steigerung. Fremdberührung wirkt jedes Mal eindringlicher als Eigenberührung. In Hinsicht auf das Fehlen von somatischen Ursachen dürfte es sich hier um rein halluzinatorische Auslösung handeln. Auch im Falle der Ilse As. erfolgt der Einbruch des Wahns im Körperlich-Sexuellen. Auf der Basis eines erotischen Bedürfnisses wird im Wahne die Eigenart der prämorbiden Sexualität auf verschiedene, mit der Person des Ehemannes kontaminierte Liebesobjekte (die behandelnden Ärzte) übertragen. Der imaginäre Rapport wird vermittelt durch die ärztlichen Untersuchungen, in denen die Kranke ihre Wünsche realisiert und ihre eigene Ehe mit dem Gefühl der unmittelbaren körperlichen Gemeinschaft nacherlebt. —

Der Entwicklungsgedanke führt uns zum Stadium der Rückbildung des Generationsmechanismus. In der Gruppe von Frauen mit der körperlichen Wahnbildung lassen sich auffallenderweise schon im mittleren Alter wahnhafte Zusammenhänge feststellen, die Involutionsvorgängen gleichen. Diesem klimakteriellen Typus lassen sich die beiden folgenden Fälle zuordnen.

Die schizophrene Zerstörung des Körperbewußtseins verbindet sich bei der 40jähr. Anna Pg. mit dem Wahn eines substantiellen, auf Triebbefriedigung beruhenden Kräfteverlustes mit Ausgang in Erschöpfung und endgültiger Leere. Der Raub von ererbtem Schmuck deutet auf das Dahinschwinden der Turgeszenz und des ästhetischen Eindrucks. „Morphinisten“, deren Beeinträchtigungen sich die Kranke ausgesetzt glaubt, stellen das Prinzip des Abgelebten und der künstlichen Erhaltung der Lebensenergie dar. Die körperlichen Halluzinationen (Häßlichwerden, Wegsaugen der Kraft, Herunterrutschen der Organe) gleichen ganz einem Vorgang der Entleerung. In einem Hindurchwandern männlicher Wahngestalten durch die Körperoberfläche geben sich Fragmente von erzwungener sexueller Vereinigung (Notzucht) zu erkennen, wogegen Maßnahmen aktiver Abwehr ergriffen werden. Die Einstellung zu den generativen Vorgängen stimmt in einer inneren Entfremdung wieder mit der jugendlichen Sexualstruktur überein. Ähnliches findet sich bei einer 30 Jahre alten, langjährig verlobten Schizophrenen (Frieda Ke.). In dem wahnhaft veränderten Körperbewußtsein bekommt die exkretorische Sphäre die generelle Bedeutung einer die Beziehung zur Außenwelt vermittelnden Öffnung. „Ich fühle, daß ich eine Röhre bin, die unten offen ist und mit der Welt zusammenhängt“. Unter Vermittlung dieser Öffnung finde eine Aushöhlung des Körperinnern statt, dessen Inhalt sich auf die Umgebung überträgt. In beiden Fällen haben die wahnhaften sexuellen Veränderungen zweifache Bedeutung: einerseits Aufrechterhaltung der vegetativen Existenz, andererseits Verbrauch der vitalen Kraft.

Vergleiche zwischen Sexualität und Fertilität.

Grundsätzliche Feststellungen über die Fruchtbarkeit der Schizophrenen waren nicht Ziel der Ausführungen. Hierüber ist in den letzten Jahren bedeutend umfangreicheres Material veröffentlicht worden. Berücksichtigt man, daß ein bewußter Fortpflanzungsbetrieb mit Sexualität nur in einem mittelbaren Zusammenhang steht, so könnte man die Frage aufwerfen, wie groß bei spontaner Betätigung die Gefahr des Nachwuchses im Hinblick auf das Sterilisierungsgesetz zu bemessen ist.

Bei Betrachtung des untersuchten Materials unter dem Gesichtswinkel der Fertilität ergeben sich folgende Verhältnisse:

21 Jugendl. und 15 Ältere	0 Partus	0 Aborte	1 mal Ven. Inf.
37 jüngere Ledige (Hh.-Na.)	0 ,,	0 ,,	0 mal ,,
54 ältere Ledige (Gruppe Mt.)	4 ,,	6 ,,	12 mal ,,
15 Verlobte	1 ,,	3 ,,	2 mal ,,
142 Ledige . . . . . . =	5 Partus	9 Aborte	15 mal Ven. Inf.
83 Verheiratete . . . . =	80 ,,	22 ,,	10 mal ,,
	Hierunter 2 uneheliche Partus.		

225 Schizophrene zusammen haben nur 85 Kinder, das sind ungefähr 37—38%. Von diesen entfallen 80 auf 83 Verheiratete. Die Nachkommen erreichen also quantitativ nicht einmal die Zahl der erkrankten Einzelindividien. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam 1932 *A. J. Nissen*: 322 Schizophrene hatten insgesamt 226 = 70% Kinder. Daß trotz dieser „Selbststerilisierung" die Krankheit nicht ausgestorben sei, führt der Autor auf Mutationsvorgänge in der menschlichen Vererbung zurück. Vielleicht spielt hierbei doch die Sexualität eine gewisse Rolle, wie sich aus der Gegenüberstellung der abgegrenzten Strukturgruppen bei den Verheirateten ergibt:

Gruppe I: 28 Kranke . . . . 29 Partus
Gruppe II: 55 Kranke . . . . 49 Partus

In der ersten Gruppe die neben einer syntonen Sexualität durch ein früheres Heirats- und Erkrankungsalter charakterisiert ist, entsprechen die Nachkommen zahlenmäßig den Elternindividien, ja übertreffen diese vielleicht noch in geringem Ausmaße. Erst in der zweiten Gruppe (Späterkrankungen, disharmonische Sexualität) ist die Geburtenzahl vermindert. Die beiden Gruppen sind nicht nur hinsichtlich der Sexualität, sondern soweit bei den kleinen Zahlen eine statistische Beurteilung zulässig ist, auch in Anbetracht der Fertilität gegeneinander abgrenzbar. Die Fortpflanzungswahrscheinlichkeit dürfte also in der ersten Gruppe größer sein.

Fälle, in denen allerdings gerade die Kinderliebe aus verschrobenen Gedankengängen heraus zum ausschließlichen Heiratsmotiv wird. kommen vor, sind aber vereinzelt. Die Zahl der unehelichen Geburten bei 142 Ledigen ist, mit dem Material *Nissen's* verglichen (hier auf 126 Frauen 24, auf 100 Männer 7), sehr niedrig. Während bei den Jugendlichen und jüngeren Ledigen Nachkommen fehlen. verteilen sich Partus und Aborte auf die Strukturgruppen der älteren Ledigen und Verlobten wie folgt:

Autokratische	(7)	0 Partus	1 Abort	2× Ven. Inf.
Hypersexuelle	(7)	1 ,,	0 ,,	4× ,, ,,
Sexuelles Dienen	(6)	1 ,,	2 ,,	4× ,, ,,
Unverbindliche	(10)	0 ,,	0 ,,	4× ,, ,,
Sprunghafte	(5)	0 ,,	0 ,,	1× ,, ,,
Kurze Verhältnisse	(14)	1 ,,	3 ,,	
Perverse	(8)	1 ,,	0 ,,	1× ,, ,,
Verlobte	(15)	1 ,,	3 ,,	2× ,, ,,

Bei den Gruppen mit den besonderen Kennzeichen von Verlobung, Verhältnis und sexueller Dienstbereitschaft, d. h. in Fällen. bei denen sich Ansätze zur irreversiblen Bindung nachweisen lassen. ist die Fortpflanzungswahrscheinlichkeit also relativ größer; geringer dagegen bei den Ledigen mit Defektzuständen, Autokratischen, bei Individuen mit der Tendenz zu unverbindlichen und sprunghaft wechselnden intimen Annäherungen, ferner bei jüngeren Hebephrenen mit isoliertem Liebeswahn. Hinsichtlich der Beurteilung einer Fortpflanzung bei den „Perversen" gibt die Entscheidung darüber den Ausschlag, ob die Art der Betätigung endogen, d. h. durch eine originäre Dysfunktion des Gattungsinstinktes begründet und fixiert ist oder nur Praktik ist, d. h. auf eine Insuffienz der Kontaktfindung hinausläuft. Naturgemäß dürfte die Nachwuchsgefahr im letzteren Falle größer sein. Bei hypersexuellen Schizophrenen wird mit einer Fortpflanzung besonders für den Fall eines Zusammentreffens mit Schwachsinn oder Verhältnis zu rechnen sein, während im übrigen die Möglichkeit einer zufälligen Konzeption vielleicht doch überschätzt wird in Anbetracht der Unpersönlichkeit und Episodenhaftigkeit der Beziehungen. Allgemein ist die Fortpflanzungstendenz um so geringer, je fortgeschrittener das Alter ist. Die Wahrscheinlichkeit dieses Zusammenhanges erhöht sich noch durch die Feststellung des Durchschnittsalters bei der außerehelichen Konzeption (23—24 J.). Insofern syntome Sexualität sehr oft mit günstiger Prognose einhergeht, erscheint hier eine frühzeitige Sterilisierung am dringlichsten gegenüber Fällen mit uneinheitlicher und unausgereifter Sexual-

struktur. Die Vorhersage der zukünftigen sexuellen Entwicklung nach der aktuellen Einstellung zur sexuellen Sphäre hat natürlich stets mit einer Wahrscheinlichkeitsquote zu rechnen. Wie weit bei jüngeren Individuen Zufälle und Alternative bestimmend eingreifen werden, kann ja niemals vorhergesehen werden. Insofern die Initiative des Partners mit berücksichtigt werden muß, dürfte die Möglichkeit außerehelicher Fortpflanzung generell bei weiblichen Schizophrenen größer sein als bei den männlichen. Es soll nicht unerwähnt bleiben, daß die Erblichkeit Hinweise auf die prospektive Sexualität ergeben kann, wie aus Beispielen hypersexueller Familien (Susanne Pt., Else Wr.) entnommen werden kann.

Es sei noch ein Hinweis auf die prognostische Bedeutung der Sexualität fur den schizophrenen Prozeß erlaubt. Unter Umständen kann das postpsychotische Geschlechtsleben ein Indikator für die Regeneration der Persönlichkeit sein. Es ist nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen, daß auch die vergleichende Betrachtung des präpsychotischen Geschlechtslebens prognostische Rückschlüsse erlaubt. Die Annahme, daß die Defekttendenz der Psychose bei den psychisch unentwickelten Persönlichkeiten mit unausgereifter Sexualität größer ist als bei den Syntonen, trifft allerdings nur in Fällen progredient verlaufender Hebephrenien zu.

Schluß.

Die Ausführungen bemühen sich, unter Zugrundelegung einer genetischen und phänomenologischen Betrachtungsweise einzelne Sexualstrukturen innerhalb des Wahns, der prä- und postpsychotischen Persönlichkeit bei den Schizophrenen aufzuzeigen. Die Art der Zuwendung zu den Gegebenheiten des Generationslebens bemißt sich in den typischen, prognostisch ungünstigen Fällen nach der Instinktschwäche und dem Fehlen einer gegensätzlichen Orientierung des Lebensgefühls. Der somatischen Undifferenziertheit geht das Eingreifen des Bewußt-Gewollten in die elementare Dynamik parallel, womit die natürliche Unbefangenheit unmöglich gemacht ist. Hier trifft das Wort *Klages*' vom Geist als dem Widersacher der Seele zu. Der Gattungsinstinkt bleibt neutral, die Persönlichkeit erstarrt in allgemeingültigen Maximen. Schreitet die Ausreifung weiter fort, so lassen sich den physiologischen Lebensphasen entsprechende mehr oder weniger vollendete Entwicklungsstadien abgrenzen, die bis ins Alter hinein fixiert bleiben können. Auch eine Strukturbetrachtung der Psychose kann an dieser Tatsache nicht vorbeigehen. Die Erotik ist bei den Jugendlichen gekennzeichnet durch eine gewisse Vergeistigung, durch egoistisches Haften am Selbst bei den ledigen und Unproduktivität bei ver-

heirateten Schizophrenen. Die aus der geringen integrativen Verbindung von Geist und Körper hervorgehende Selbständigkeit der sexuellen Sphäre entwickelt die Möglichkeiten des Steckenbleibens im Eigenkörperlichen, der Fremdheit, Anästhesie, aber auch des Hypersexualismus und des abnormen Rapports. Auf die somatischen Bedingungen des sexuellen Automatismus wurde hingewiesen. Der Akzent der Untersuchung lag aber auf den psychopathologischen Zusammenhängen.

Schrifttumverzeichnis.

Adler Otto, Die mangelhafte Geschlechtsempfindung des Weibes, 1911. — *Betzendahl, Walter*, Über maskierte Verrücktheit, Allg. Z. Psychiatr. 1933. — *Derselbe*, Persönlichkeitsentwicklung und Wahnbildung, Berlin 1932. — *Birnbaum*, Die Bedeutung der Sexualität für die Gestaltung der Psychose. Klin. Wschr. 1926. — *Bleuler*, Dementia praecox, Aschaffenburgs Handbuch 1911. — *Bonhoeffer, Karl*, Über den pathologischen Einfall, Med. Wschr. 1904. — *Bumke*, Lehrbuch 1929. — *Buschan*, Das Sexuelle in der Völkerkunde. Molls Handb. d. Sexualwiss. 1926. — *Deuster, Hanna*, Über die Fruchtbarkeit der Schizophrenen, Diss. Hamburg, 1925. — *Ellis Havelock*, Sexualpsychologische Studien, Bd. 1—4, Übers. v. Kötscher, 1922. — *Förster, F. W.*, Sexualethik und Sexualpädagogik, 1923. — *Forel*, Die sexuelle Frage, 1918. — *Freud. Sigmund*, Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, 1915. — *v. Gebsattel*, Über Fetischismus, Nervenarzt 1929. — *Derselbe*, Süchtiges Verhalten im Gebiet sexueller Verirrungen, Mschr. Psychiatr. 1932, Bd. 82. — *Jakobi, W.*, Über die Bedeutung des psychischen Traumas für die Entstehung und den Verlauf der Schizophrenie, Allg. Z. Psychiatr. 79. — *Koehler, G. D.*, Beiträge zu den Beziehungen zwischen der Funktionsstörung der Geschlechtsdrüsen und den schizophrenen Erkrankungsformen, Ztschr. Sexualwiss. 1923. — *Kraepelin*, Lehrbuch, 1909. — *Kraft-Ebing*, Psychopathia sexualis. 1903. — *Kretschmer*, Körperbau und Charakter, 1921. — *Derselbe*, Über biologische Beziehungen zwischen Schizophrenie, Eunuchoid, Homosexualität, moral. Schwachsinn, Allg. Z. Psychiatr. 1921, Bd. 77. — *Lange-Eichbaum*, Genie — Irrsinn — Ruhm, 1925. — *Lipps, Theodor*, Ästhetik 1239. — *Mantegazza, Paul*, Die Physiologie der Liebe. Übers. v. Engel. — *Marcuse, Max*, Neuropathia sexualis, in Molls Handb. — *Moll, Albert*, Psychopathia sexualis, Handb. — *Derselbe*, Soziale Formen der sexuellen Beziehungen. Psychologie des normalen Geschlechtstriebes. Erotik in der Literatur und Kunst. Handb. — *Derselbe*, Untersuchungen über die Libido sexualis. 1898. — *Derselbe*, Sexualleben des Kindes, 1908. — *Muralt*, Die psychoanalytische Auffassung der Schizophrenie, Schweiz. Arch. Neurol. u. Psych. 1924. — *Natorp, Paul*, Philosophie der Gegenwart 1923. — *Nicklaus*. Furchtbarkeit und Sexualität späterkrankter Schizophrener in der prämorbiden Lebenszeit, Berlin 1935, Diss. — *Nissen, A. F.*, Über die Fruchtbarkeit der Schizophrenen. Gesichtspunkte der Sterilisierung. Nord. med. Tidskr. 1933, Ref. Zbl. ges. Neurol. u. Psch. 67, 1933. — *Overhamm*. Zur Ammenorrhoe schizophrener Frauen, Allg. Z. Psychiatr. 91. — *Rohleder, Hermann*, Vorlesungen über das gesamte Geschlechtsleben des Menschen. Bd. 1—4, Berlin 1923. — *Schilder, Paul* und *Hermann Weidner*, Zur Kenntnis symbolähnlicher Bildungen im Rahmen der Schizophrenie, Z. Neur. Bd. 26. 1914. — *K. Schneider*, Studien über Persönlichkeit und Schicksal einge-

schriebener Prostituierter, 1926. — *Sioli*, Über perverse Sexualempfindung, Allg. Z. Psychiatr. 1894. — *Speer*, Ernst, Die Liebesfähigkeit (Kontaktpsychologie), München 1937. — *Steckel*, *Wilhelm*, Die Geschlechtskälte der Frau, 1927. — *Storch*, Das archaisch-primitive Erleben u. Denken der Schizophrenen 1922. — *Stransky*, Lehrbuch, 1914. — *Weihrauch*, Über die Sexualität der Schizophrenen, Diss. Heidelberg 1930. — *Wildermuth*, Die Totenehe einer Schizophrenen, Z. Neur. Bd. 93. — *Wundt*, *Wilhelm*, Elemente der Völkerpsychologie. — *Derselbe*, Grundriß der Psychologie, 1898. Grundzüge der physiologischen Psychologie, Leipzig 1903.

Zur Kritik der Hirnlipoidreaktion

Von

H. Lehmann-Facius

(Aus der Universitäts-Nervenklinik Frankfurt a. Main.
Direktor: Prof. Dr. *Kleist*)

(Eingegangen am 8. November 1940)

Nachdem bereits eine größere Anzahl von Erfahrungen über die Hirnlipoidreaktion (H. L. R.) veröffentlicht wurden, die teils zu einer Bestätigung, teils zu einer Ablehnung gekommen sind, erscheint es angezeigt, diese Methode nochmals einer zusammenfassenden kritischen Betrachtung zu unterziehen, zumal durch die letzten Veröffentlichungen *Roeders*[1]) falsche Ansichten über die Reaktion entstehen könnten. Die H. L. R. hat inzwischen insofern eine Erweiterung erfahren, als sie sich nicht nur, wie ursprünglich angegeben, mit Liquoren, sondern unter besonderen Kautelen auch mit Serum und Harn ausführen läßt. Auch bei Verwendung dieser letzteren Körperflüssigkeiten konnte ich zeigen, daß hierbei ebenso wie bei der Cerebrospinalflüssigkeit eine auffallend starke biologische Affinität des von Schizophrenen stammenden Materials gegenüber Gehirnphosphatiden besteht, eine Erscheinung, die sich in vitro in der von mir beschriebenen Form der H. L. R. nachweisen läßt. Es sei hier nur wiederholt, daß sich diese Affinität als eine zwar elektive, aber keineswegs im Sinne der bakteriologischen Serologie spezifische (d. h. ätiologisch- bzw. krankheitsspezifische) herausgestellt hat, trotzdem aber, — unter Außerachtlassung eines mehr oder minder starken Übergreifens auf organische Fälle — ein interessantes und neuartiges Phänomen darstellt; denn durch dieses unterscheidet sich die überwiegende Mehrzahl der progressiv verlaufenden endogenen Psychosen von denen mit gutartigem Verlauf sowie den Psychopathien. Hierdurch wir dzweifellos ein noch

[1]) Zu den von *Roeder* in dieser Zeitschrift Bd. 115 S. 114 gemachten Einwendungen gegen die photometrische Modifikation dieser Methode wird *Selbach* selbst Stellung nehmen.

unbekannter körperlicher Grundprozeß nach der serologischen Seite hin zum Ausdruck gebracht.

Leider hat sich die anfangs bestehende Hoffnung, die Methode im klinischen Laboratorium laufend anwenden zu können, wegen der subtilen Art ihrer Handhabung nicht verwirklichen lassen. Es blieb bisher nur einem kleineren Kreis von Untersuchern vorbehalten, die Methode wirklich zu beherrschen; aber es ist um so bemerkenswerter, daß diese Nachuntersucher dann auch zu weitgehend bestätigenden Ergebnissen gekommen sind. Schon die Tatsache allein dürfte genügen, zumindest an der Existenz des Grundphänomens, auf dem sich die Methode aufbaut, keinen Zweifel aufkommen zu lassen, zumal die Nachuntersucher größtenteils mit Blindversuchen gearbeitet haben. Trotzdem behauptet *Roeder*, der die Untersuchung von etwa 90 Liquoren zur Grundlage einer ganzen Serie von Veröffentlichungen gemacht hat, daß die H. L. R. einzig und allein auf einer durch die Subjektivität der Methode bedingten Selbsttäuschung des Untersuchers beruhe. Im übrigen sei erwähnt, daß *Jacobi*, der von *Roeder* deswegen zitiert wird, weil er zu den gleichen Ergebnissen wie er gekommen sei, die Methode weder bei mir erlernt hat, noch jemals mit mir darüber korrespondierte. Auch hat er die Technik so weitgehend willkürlich abgeändert, daß dieselbe mit meiner Reaktion nicht mehr zu identifizieren ist. — Dabei erwecken die Untersuchungen *Jacobis* durchaus den Anschein einer exakten Technik, ohne daß es dem nicht sachverständigen Leser auffallen könnte, wie *Jacobi* durch seine Mechanisierungsversuche den Indikator dieser feinen serologischen Veränderungen geradezu zerstört.

Veröffentlichte Nachuntersuchungen fremder Autoren.
Anzahl der Fälle:

I. Gruppe: Bestätigungen:		II. Gruppe: Zweifelhafte Ergebnisse, aber keine Ablehnung des Grundphänomens:		III. Gruppe: Völlige Ablehnung:	
Weinert und Fünfgeld	326	Nagel	100	Becker	36
Giese	38	Kraus	43	Jacobi	48
Schneider	323			Roeder	91
Sagel	90			Schudel	173
	777		143		348

Anmerkung: In etwa 400 Fällen führte *C. Nielsen*, Kopenhagen, die H. L. R. ohne Kenntnis der Diagnose aus und kam zu vollkommen bestätigenden Ergebnissen. Die Versuche, die mir im Mai 1939 im Protokoll vorgelegt wurden, sind bisher noch nicht veröffentlicht worden.

Wohl besteht innerhalb gewisser Grenzen eine subjektive Fehlermöglichkeit, die sich bei geübten Untersuchern aber höchstens auf die quantitative Bewertung des Reaktionsergebnisses erstrecken kann. Die erwähnte Annahme *Roeder*s aber, daß die Reaktion einzig und allein das Produkt einer Selbsttäuschung sei, könnte schon dadurch widerlegt werden, wenn es auch nur einem einzigen Nachuntersucher gelungen wäre, in Blindversuchen meine Ergebnisse zu reproduzieren. Dies ist tatsächlich geschehen, und zwar in Untersuchungen, die auch zahlenmäßig diejenigen *Roeder*s weit übertreffen.

Es ist befremdend, daß gerade *Roeder* die Hypothese der ausschließlichen Subjektivität der H. L. R. aufstellt, da er selbst, bevor er die Untersuchungen in der Münchener Forschungsanstalt in Angriff nahm, mir schriftlich mitgeteilt hatte, daß er an der Göttinger Klinik in Blindversuchen zu günstigen Ergebnissen gekommen sei. *Roeder* schreibt in seiner Mitteilung vom 12. 3. 1937 wörtlich:

„.... vor allem führten wir Blindversuche durch und konnten dabei ausgezeichnet Fälle von Psychopathien gegenüber schizophrenen Psychosen abgrenzen. (Von *Roeder* selbst unterstrichen!). Besondere Schwierigkeiten haben sich nicht ergeben....“

Roeder war von der Richtigkeit seiner Untersuchungen so überzeugt, daß er über seine Ergebnisse zweimal öffentlich berichtet hat (Bad Oeynhausen und München 1937).

Es dürfte von einigem Interesse sein, die letzten Mitteilungen *Roeder*s mit seinen damaligen Ausführungen zu vergleichen (Z. Neur. Bd. 161 S. 521. 1938). *Roeder* sagt hier u. a. wörtlich:

„Wir untersuchten zuerst Liquores zahlreicher Schizophrener. Die Mehrzahl der Reaktionen war eindeutig positiv, vor allem beobachteten wir sehr häufig derartig grobschollige Ausflockungen, wie es bei keiner anderen Erkrankung so hervortrat.... Der Reaktionsausfall bei Psychopathien, ferner bei Fällen von Debilität war ebenfalls einwandfrei negativ ... Wir konnten das von Lehmann-Facius gefundene Grundphänomen bestätigen.“ (Von *Roeder* selbst gesperrt geschrieben.)

Es muß der Kritik des Lesers überlassen bleiben, ob ein Autor noch das Recht hat, dieselbe Methode, mit der er in Blindversuchen so ausgezeichnete Ergebnisse erzielt hat, dann späterhin so vollständig abzulehnen und zu diskreditieren.

Wie kann *Roeder* in seiner öffentlichen Lehrprobe (Z. Neur. Bd. 168 S. 531, 1940) mir „kritiklose Veröffentlichungen“ vorwerfen, durch die andere zu „mühsamen aber nutzlosen Untersuchungen verführt“ würden? Wie ist es zu erklären, daß *Roeder* seine früheren

Veröffentlichungen, in denen er meine Ergebnisse weitgehend bestätigte in seiner Münchener Mitteilungsserie so gänzlich verschweigt, als wären sie niemals vorhanden gewesen?

Entweder ist *Roeder* selbst so „kritiklos" gewesen und einer Selbsttäuschung zum Opfer gefallen, was allerdings im Hinblick auf die Exaktheit seiner Blinduntersuchungen besonders erstaunlich wäre. Oder *Roeder* könnte den Einwand machen, daß überhaupt nur die damaligen Extrakte brauchbar gewesen seien, zumal er bereits während der Versuchsperiode, in der seine Nachuntersuchungen von Erfolg begleitet waren, selbst des öfteren gewisse Unterschiede in der Brauchbarkeit der einzelnen Hirnextrakte festgestellt hat.

Wenn *Roeder* sich auf diese letztere Erklärungsmöglichkeit stützt, so dürften die Argumente, auf Grund deren er das von mir gefundene Grundphänomen ablehnt, von vornherein hinfällig sein, denn damit wäre ohne weiteres zugegeben, daß das Phänomen ein biologisches ist, wenn er annimmt, daß der Reaktionsausfall von der Extraktbeschaffenheit abhängt, wie es auch tatsächlich der Fall ist.

Auch *Hartwich* (Gütersloh) hat anfänglich über sehr gute Ergebnisse berichtet, die er später, nach Wechsel der Laborantin, nicht mehr erhalten konnte. So viel mir bekannt, hat *Hartwich* jedoch hieraus niemals eine so weitgehende Schlußfolgerung gezogen, und nunmehr der Reaktion jede biologische Grundlage abgesprochen, wie es *Roeder* in seinen letzten Mitteilungen getan hat. *Hartwich* neigte vielmehr dazu, Unterschiede in der Extraktbeschaffenheit hierfür verantwortlich zu machen.

Es sei auch in diesem Zusammenhang auf den Standpunkt von *Nagel* verwiesen, der in kritischer Zurückhaltung gerade vor derartigen extremen Schlußfolgerungen warnte und die Existenz des Grundphänomens durchaus nicht bestreitet.

Zur Klärung der Sachlage möchte ich deshalb die Kriterien des Grundphänomens der Reaktion kurz darstellen, und dann über die Ergebnisse der Blindversuche berichten, die auf Anregung von Herrn Prof. *Kleist* während eines Jahres (Mai 1938 bis Mai 1939) im Laboratorium der Klinik laufend durchgeführt wurden.

Allerdings waren auch die meinen früheren Statistiken zugrunde liegenden Untersuchungen, — mit Ausnahme der ersten 300 Fälle, an denen die Empfindlichkeitsbreite der Reaktion erstmals festgestellt wurde, — ebenfalls in der weitaus überwiegenden Mehrzahl ohne Kenntnis der Diagnose ausgeführt worden. Lediglich zu

Demonstrationszwecken und Übungsversuchen bei der Ausbildung von Nachuntersuchern benötigten wir stets eine Anzahl sicher positiver und negativer Fälle.

Gerade die ersten 300 Fälle, deren Untersuchung zum Ausbau der Reaktion diente, und deshalb nicht ohne Kenntnis der Diagnosen erfolgen konnte, ergeben an sich schon ein Gegenargument gegen die *Roeder*sche Hypothese: Denn wie erklärt es sich *Roeder*, daß einerseits von den Schizophrenen nicht 100% erfaßt wurden, obwohl doch der Untersucher damals in jedem Einzelfalle wußte, daß er einen von Schizophrenen stammenden Liquor in der Hand hatte, oder daß andererseits unter den gleichen Umständen auch ein Teil nichtschizophrener Liquoren, und zwar gerade vorwiegend die von organischen Fällen stammenden, positiv reagierten, sodaß es möglich war, eine sog. „Abbaureihe" aufzustellen?

Roeder müßte dies schon schlechterdings als erdichtet hinstellen, wenn er die biologische Natur dieser empirisch gefundenen Tatsache leugnen wollte.

Bereits in meiner ersten Mitteilung über die H. L. R. ging ich von der Vorstellung aus, daß der Liquor von Kranken mit destruierenden Prozessen des Zentral-Nervensystems Antikörper enthielte, die gegen die aus den Abbauvorgängen stammenden Hirnlipoide (bzw. deren Phosphatidgruppe) gerichtet wären. Diese Annahme wurde dadurch gestützt:

1. daß sich bei den weiteren Versuchen die Existenz eines ganzen Reaktionssystems herausstellte, insofern der Nachweis eines Hemmungskörpers in derartigen Liquoren gelang, dem in Bezug auf die supponierten Antikörper spezifisch-antigene Eigenschaften in gesetzmäßiger Weise zukamen. Solche Hemmungsreaktionen stellten somit das typische Negativbild der Hirnlipoid-Antikörperreaktion dar.

2. Konnten sogar unter Verwendung von geeigneten Katatonie-Hirnextrakten noch differenziertere Lipoid-Antikörpergruppen unterschieden werden. Die biologische Wertigkeit der einzelnen Hirnextrakte erwies sich somit als eine verschiedene (Allgem. Z. Psychiatr. Bd. 110 H. 1/3, S. 232, 1939; Z. Neur. Bd. 161 S. 515, 1938).

3. Bekanntlich kann man durch sog. Absättigungsversuche einen tieferen Einblick in die spezifischen Bindungsverhältnisse der Antikörper und damit in die Antigenstruktur erhalten. Solche Absättigungsversuche waren auch in Bezug auf die H. L. R. in



eindeutiger und überzeugender Weise ausgeführt worden. Nur die Absättigung mit Hirnphosphatid konnte in Schizophrenen-Seren eine positive H. L. R. zum Verschwinden bringen. Nach Absättigung mit anderen Organphosphatiden (Niere und Herz, die in genau gleicher Weise hergestellt worden waren wie die Gehirnphosphatide) bestand die H. L. R. dagegen unvermindert fort. Ich habe neuerdings derartige Absättigungsversuche wiederholt. Und zwar wurden je 2 ccm Serum mit dem Rückstand von

a) 2 ccm Leberextrakt und 0,4 ccm Lezithin (1%ige alkoholische Lösung von Merck),

b) 2 ccm Kaninchen-Karzinomextrakt und 0,4 ccm Lezithin,

c) 1 ccm Hirnextrakt ohne Zusatz,

eine Stunde bei 37 Grad vorbehandelt, dann scharf 20 Minuten zentrifugiert, der Abhub 10 Minuten mit der 10-fachen Menge reinen Äthers ausgeschüttelt. Die so vorbreiteten Seren wurden im Verhältnis 1 : 200 mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnt, und die Hirnlipoidreaktion in der üblichen Weise unter Anwendung des Kältebindungsverfahrens (d. h. nach 18 bis 24-stündigen Digerieren im Eisschrank bei + 3 Grad) angesetzt. Drei auf diese Weise zu gleicher Zeit angesetzte Schizophrenensera verhielten sich dabei in der in der Tabelle angegebenen Weise:

Hirnlipoidreaktion mit Schizophrenen-Serum nach Absorption mit Phosphatid aus

Serum 1/200 ccm	Menschenleber			Kaninchenkarzinom			Menschenhirn		
	a Wa..	b Sti..	c We..	a	b	c	a	b	c
0,3	++	+++	+++	+++	+++	+++	—	—	—
0,2	++	+++	+++	+++	+++	+++	—	—	—
0,1	++	+++	+++	+++	+++	+++	—	—	—
0,75	++	+++	+++	+++	+++	++	—	—	—
0,05	++	+++	+++	++	+++	++	—	—	—
0,03	+++	++	+++	++	+++	++	—	—	—
0,02	+++	++	++	(+)	+++	++	—	—	—
0,01	++	++	+	(+)	+++	+	—	—	—

Von Leberextrakt und Kaninchenkarzinomextrakt war jeweils die doppelte Menge unter gleichzeitigem Lecithinzusatz verwandt worden, um die Extrakte auf die ungefähr gleiche Dichte wie den Hirnextrakt zu bringen. Trotzdem war die Vorbehandlung mit Hirnextrakt allein imstande, die H. L. R. zum völligen Verschwin-

den zu bringen. Es kann demnach kein Zweifel bestehen, daß die Antikörper durch diesen Extrakt in elektiver Weise herausgenommen worden sind. Es sei bemerkt, daß bei diesen letzteren Versuchsreihen, die mit Hirnextrakt vorbehandelt worden waren, schon ein schwaches Anschütteln genügte, um die Sedimente sofort diffus verteilen zu lassen.

4. Das Gehirn enthält bekanntlich fast ausschließlich hochdifferenzierte hirnspezifische Lipoide, während die übrigen Organe mehr oder weniger undifferenzierte Allgemeinlipoide enthalten. Dem entsprechend gelang es z. B. nicht, mit Wassermann-positiven Seren (mit Ausnahme mancher Paralytikerseren), die ja eine Affinität zu Allgemeinlipoiden besitzen, Hirnlipoidreaktionen zu erhalten, während mit anderen Organlipoiden (Herz, Leber, auch Lecithin) unter Anwendung der Technik der H. L. R. dieser formal analoge Reaktionen mit Wassermann-positiven Seren erhalten werden konnten. Damit ist erwiesen, daß die Methodik der H. L. R. an sich geeignet ist, differenzierte Lipoidantikörperwirkungen manifest werden zu lassen.

Die bis jetzt angeführten Erscheinungen haben sich aus der Erfahrung einer großen Anzahl von Versuchen in ihrer Gesetzmäßigkeit ableiten lassen. Dies wäre undenkbar, wenn die Reaktionsgrundlage lediglich den Vorstellungen *Roeders* entspräche.

5. Der Kernpunkt der Methodik der H. L. R. ist in technischer Hinsicht darin gelegen, daß dieselbe eine Zentrifugiermethode darstellt, d. h. es gelingt nur, unter Anwendung des enormen mechanischen Verstärkungsmittels der Zentrifugation die Bindung der Reaktionsstoffe (Extrakt und Antikörper) so zu beschleunigen und zu verstärken, daß im positiven Falle ein sichtbarer Effekt nachzuweisen ist. Eine solche Zentrifugiermethodik wird seit langem bekanntlich u. a. bei der Blutgruppenbestimmung angewendet. Nur ist hierbei die Ablesung insofern leichter, als die Sedimente der Erythrocyten, falls eine Agglutination stattgefunden hat, beim Aufschütteln eine kompaktere und stabilere Masse darstellen als die weichen Lipoidsedimente bei der H. L. R.

6. Trotzdem ist es in der von mir angegebenen Weise möglich, die konglutinierten Lipoidsedimente von den „negativen" zu unterscheiden. Das hierbei maßgebende Kriterium habe ich als eine größere bzw. geringere Zerfallstendenz der Lipoidsedimente beschrieben. Es ist jedoch falsch, wie *Roeder* dies neuerdings bei seinen Münchener Versuchen offenbar getan hat, lediglich einen Flockungsgrad als solchen, wie er als Endresultat imponiert, zum

Maßstab des Reaktionsausfalls zu machen. Vielmehr kommt es darauf an, den während eines mehrmaligen gleichmäßigen Aufschüttelns eintretenden Vorgang des Sedimentzerfalles zu beobachten. Hierbei kann man mit Leichtigkeit feststellen, daß nach Maßgabe der inneren Kohäsion der Teilchenkonglomerate bei den als negativ zu beurteilenden Versuchsreihen sogar ein schwächeres Aufschütteln genügt, um einen diffusen Sedimentzerfall mit Trübung der Zwischenflüssigkeit herbeizuführen, während bei den positiven Proben auch bei etwas stärkerem Aufschütteln die Sedimente nur zu groben Konglomeraten zerfallen, und die Zwischenflüssigkeit geklärt bleibt. Selbstverständlich gehört eine größere Übung und Erfahrung dazu, diese innerhalb einer gewissen Grenze zweifellos existierenden Kohäsionsunterschiede richtig zu erfassen, und es ist auf der anderen Seite nicht verwunderlich, daß man diese an sich etwas labilen Gebilde mit Gewalt zerstören kann, ebenso wie man andererseits die Sedimente auch absichtlich unvollkommen aufschütteln kann. Dann erhält man eben, wie *Roeder*, willkürlich erzeugte Kunstprodukte, die mit der Reaktion nichts mehr zu tun haben. *Roeder* hat die Beurteilung derartiger Pseudoreaktionen neuerdings wieder zur Grundlage seiner Kritik an der H. L. R. gemacht.

7. Hat schon die völlig eindeutige verschiedene Bindungsfähigkeit der Hirnextrakte und der anderen Organextrakte die biologische Grundlage der H. L. R. ohne Zweifel erwiesen, so geht dies auch weiterhin aus dem verschiedenen Verhalten der einzelnen Hirnextrakte selbst in gleicher Weise hervor. Wäre die H. L. R. nichts anderes als eine den Vorstellungen *Roeder*s entsprechende Methode, so ist nicht einzusehen, weshalb aus einer großen Reihe von Hirnextrakten die brauchbaren erst ausgewählt und in exakten Vorversuchen eingestellt werden müssen. Wäre die primitive Hypothese *Roeder*s zutreffend, so könnte man sich die mühsamen Einstellungsversuche der Extrakte ersparen, indem man ja durch entsprechendes, „willkürliches Aufschütteln" bei der Prüfung mit bekannten Testliquoren den gleichen Effekt auf einfachere Weise erreichen könnte.

8. Ebenso wäre es unverständlich, weshalb gerade die Phosphatidfraktion eine besondere Affinität zu den Hirnlipoidantikörpern haben soll, und der „subjektive Schütteleffekt" *Roeder*s sich nicht auch bei anderen mit der gleichen Methode geprüften Lipoiden bemerkbar gemacht hat.

9. Die Versuche, das Phänomen der H. L. R. auch im Serum nachzuweisen, schlugen lange Zeit fehl, bis es gelang, die optimalen

Bedingungen einerseits des Kältebindungsverfahrens, andererseits der besonderen Verdünnungsart herauszuarbeiten. Auch diese Tatsachen wären undenkbar, wenn die Hypothese *Roeders* auf Richtigkeit beruhte. Denn sonst hätte man ja unter den gleichen technischen Versuchsbedingungen wie bei der Untersuchung des Liquors auch beim Serum positive oder negative Effekte im Sinne *Roeders* „herausschütteln" können.

10. Schließlich sei noch auf die bei allen H. L.-Reaktionen zum Ausdruck kommende „Zonenbildung" hingewiesen, d. h. die Verteilung der stärksten Reaktionsgrade auf jeweils bestimmte Liquorkonzentrationen, eine Erscheinung, die ja zweifellos auf eine kolloidale Grundlage, und nicht, wie *Roeder* es will, auf eine regellose und mehr oder weniger willkürliche mechanische Ursache hinweist. Alle diese theoretischen Erwägungen stehen in ihrer Art in unvereinbarem Widerspruch zu den Theorien *Roeders*.

Blinduntersuchungen:

Während des Jahres, in dem diese Untersuchungen durchgeführt wurden, war ich fast ausschließlich im Laboratorium tätig und hatte nur von ganz wenigen Patienten einer einzigen Abteilung, von denen ich das Testmaterial entnommen hatte, Kenntnis.

Die Diagnosen wurden durchschnittlich erst mehrere Monate nach der Untersuchung aus den Krankengeschichten herausgeschrieben. Aus äußeren Gründen war es leider nicht immer möglich, von jedem Falle alle 3 Körperflüssigkeiten parallel zu untersuchen. Die folgende Tabelle gibt eine zahlenmäßige Zusammenstellung der Untersuchungen und ihrer Ergebnisse bei den einzelnen Krankheitsgruppen.

Ergebnisse der Blind-Untersuchungen

	Positiv			Negativ			Gesamtzahl
	Harn	Serum	Liquor	Harn	Serum	Liquor	
Organische Erkrankungen	2	2	1	18	10	18	51
Metalues	1	1	1	14	18	26	61
Epilepsien	0	0	0	9	25	4	38
Psychopathien (darunter Schwachsinn, reakt. Depress. Alkoholismus usw.)	11	19	3	61	130	74	298
Angstpsychosen	3	2	5	11	30	11	62
Manisch-Depress.	1	1	0	5	25	7	39
Sichere Schizophrenien	39	38	21	5	5	10	118
Degenerationspsychosen	1	0	4	0	0	0	5
Unklare Psychosen	5	6	4	2	4	3	24
	63	69	39	125	247	153	696

Da die H. L. R. auf organische Fälle, Paralysen und schwere Schwachsinnsformen übergreifen kann, interessieren besonders die Gruppe der sicheren Schizophrenien, der Psychopathien und der manisch-depressiven Erkrankungen.

Die aus diesen 3 Gruppen errechneten Prozentzahlen positiver Reaktionen sind in folgender Tabelle dargestellt:

Die Häufigkeit der positiven Reaktionen

	Körper-flüssigkeit	Anzahl der Fälle	Prozent positiver Reaktionen
Schizophrenien:	Liquor	31	68%
	Serum	43	88%
	Harn	44	88%
Psychopathien:	Liquor	74	4%
	Serum	149	13%
	Harn	72	15%
Manisch-Depressive:	Liquor	7	0%
	Serum	26	4%
	Harn	6	17%
Angstpsychosen:	Liquor	16	31%
	Serum	32	6%
	Harn	14	21%

Hieraus geht hervor, daß sowohl die Untersuchungen mit Liquor wie mit Serum und Harn insofern zu einem übereinstimmenden Ergebnis geführt haben, als einerseits die überwiegende Mehrzahl der Schizophrenien positiv, andererseits diejenige der manisch-depressiven Psychosen und der Psychopathien negativ reagiert haben. Die Untersuchung der Sera hat eine relativ hohe Treffsicherheit ergeben. Die bei den einzelnen Körperflüssigkeiten hervortretenden quantitativen Unterschiede dürften durch die verschieden große Anzahl der Fälle bedingt sein und sind nur als relative Werte aufzufassen.

Unter den Blinduntersuchungen finden sich auch einige, zu den Degenerationspsychosen zu rechnende Fälle, sowie eine Anzahl noch unklarer Psychosen. Über den Reaktionsausfall bei diesen Gruppen unterrichtet die folgende Tabelle:

Degenerationspsychosen

		Harn	Serum	Liquor
Wern., Adam	Beziehungspsychose	positiv	fehlt	positiv
Sut., Alfred	Eingebungspsychose	fehlt	fehlt	positiv
Reissm., Anna	Period. Halluzinose	fehlt	fehlt	positiv
Lepp., Berta	Episod. Dämmerzustand	fehlt	fehlt	positiv

Unklare Psychosen

		Harn	Serum	Liquor
Bell., Wilhelm	Hebephrenie?	negativ	negativ	fehlt
Cohn., Klaus	Schizophrenie? Manisch-depressiv? Psychopath?	negativ	negativ	positiv
Drall, Irmgard	Schizophrenie?	positiv	positiv	fehlt
Kopp., Gertrud	Atypische Manie?	positiv	positiv	fehlt
Kohl, Therese	Period.-paranoische Psychose	positiv	fehlt	fehlt
Nessh., Johann	Paranoischer Psychopath, epidod. Erregung	positiv	fehlt	fehlt
Himmelr., Albert	Katatonie? Molititätspsychose?	positiv	fehlt	fehlt
Mosb., Getta	Paranoide Demenz? Chronische Manie	fehlt	fehlt	negativ
Nägl., Maria	Progressive Beziehungspsychose? Motilitätspsychose?	fehlt	fehlt	positiv
Grünew., Frieda	Schizophrenie?	fehlt	fehlt	negativ
Somm., Elisabeth	Epileptoide Psychopathie? Hebephrenie?	fehlt	fehlt	positiv
Thied., Gerhardt	Hebephrenie? Reaktive Depression?	fehlt	fehlt	positiv
Hohm., Anna	Angstpsychose? Katatonie?	fehlt	positiv	fehlt
Klein, Gottlieb	Schizophrenie?	fehlt	negativ	fehlt
Nüschl., Elisabeth	Katatonie?	fehlt	negativ	fehlt
Brems., Heinrich	Schizophrenie?	fehlt	positiv	fehlt
Thom., Peter	Katatonie?	fehlt	positiv	fehlt

Ich möchte in diesem Zusammenhang nicht auf die klinische Problematik der noch ungeklärten Gruppe von Psychosen eingehen, da die Entscheidung dieser Fragen erst von einer späteren katamnestischen Untersuchung derartiger Fälle hinsichtlich einer etwaigen schizophrenen Entwicklung abhängig ist.

Fassen wir die Ergebnisse der Blindversuche zusammen, so hat sich die schon früher von mir festgestellte Erscheinung der besonderen charakteristischen Affinität der Körperflüssigkeiten Schizophrener gegenüber Gehirnlipoiden und damit das biologische Grundphänomen der H. L. R. durchaus bestätigt.

Allerdings müssen wir uns bewußt bleiben, daß im Einzelfall eine diagnostische Entscheidung durch die H. L. R. noch nicht gewagt werden darf, solange noch eine zunächst nicht erklärbare Diskrepanz zwischen Reaktionsausfall und klinischem Erscheinungsbild besteht, die weitere klinische Beobachtung derartiger serologisch positiver Fälle noch aussteht, und die Form der Methodik der H. L. R. noch nicht als endgültig abgeschlossen betrachtet werden kann.

Über den Liquor bei Schizophrenen

Von

H. Borghaus und **R. Gaupp jr.**

(Aus dem serologischen Laboratorium der Psychiatrischen und Nervenklinik Freiburg i. B. Direktor: Prof. Dr. *Beringer*)

(Eingegangen 23. Juni 1940)

Die vorliegende Mitteilung hat sich die Auswertung der in unserem serologischen Laboratorium durchgeführten Liquoruntersuchungen bei Schizophrenen unter Zugrundelegung der Zellzahlwerte, der qualitativen und quantitativen Eiweißverhältnisse (*Nissl-Kafka*-Methode) und der Kolloidreaktionen zum Ziel gesetzt. Sie soll im Vergleich und in der Betrachtung gleichsinniger, von anderer Seite gebrachter Befunde einen Beitrag zur Somatopathologie der Schizophrenien sein.

Aus dem Gesamtmaterial von 279 Schizophrenenliquores wurden 144 einer näheren Betrachtung unterzogen. An diesen waren folgende Forderungen erfüllt: klare, blutfreie Flüssigkeit, negative Luesreaktionen, eindeutige klinische Feststellung der Schizophrenie und Ausschluß einer etwa gleichzeitig bestehenden, erkennbaren, zusätzlichen zerebralen oder anderen Komplikation bei deren Trägern[1]).

Die erste Durchsicht trennte das Ausgangsmaterial in 2 Gruppen, in die eine, deren Liquorbild der Norm entsprach (Zellzahlen nicht höher als 8/3, Gesamteiweiß unter 31,2 mg %, Globuline unter 7,2 mg %, Albumine unter 24,0 mg %, negativ ausfallende Eiweißreaktionen nach *Pandy* und *Nonne* und fehlende Kolloidkurven), und in eine 2. Gruppe mit abnormen Liquorverhältnissen. Fanden sich in der Gesamtheit von 279 Liquores 48, die der 2. Gruppe zufielen, so waren es unter den 144 37, deren Liquorzusammensetzung pathologisch war gegenüber 107, bei denen der Liquor der Norm entsprach.

Das weitere Vorgehen bestand darin, diese 37 Liquores nach der Art ihrer Veränderung in Gruppen zu gliedern. Folgendes ergab sich:

[1]) Auch die Fälle in und nach Insulinbehandlung blieben außer Betracht.

9 Fälle zeigten lediglich einen Ausfall der Eiweißreaktionen nach *Nonne* und *Pandy* im Sinne einer Opaleszenz bis Trübung ohne quantitative Erhöhung der Globuline und des Gesamteiweißes. Es lag hier mithin nur eine qualitative Veränderung der Eiweiße, in erster Linie der Globuline, vor.

14 Fälle zeigten eine isolierte Pleocytose; in 11 Fällen ging mit einer Zellzahlerhöhung eine Eiweißveränderung parallel, und zwar war 4 mal gleichzeitig die *Pandy*- und *Nonne*-Reaktion positiv, 6 mal war außerdem das Globulin vermehrt und somit der Eiweißquotient, d. h. das Verhältnis der Globuline zu den Albuminen erhöht und einmal fand sich eine Gesamteiweißvermehrung neben der Pleozytose bei normalen Eiweißquotienten.

2 ließen eine isolierte Globulinvermehrung und schließlich 1 eine Gesamteiweißzunahme mit erhöhtem Eiweißquotienten erkennen.

In 5 der 37 Fälle waren Kolloidreaktionen nachweisbar, diese fanden sich insgesamt kombiniert mit Globulinvermehrungen.

Die Zellwerte der 25 Fälle mit Pleocytose lagen zwischen 8 und 25/3, nur ein Fall wies 48/3 auf. Ausschließlich handelte es sich um Lymphozyten. — Der Höchstwert für das Gesamteiweiß lag bei 45,6 mg%, gewöhnlich nur wenig oberhalb der Norm; der für die Globuline bei 14,4 mg%. — Die Kolloidkurven reichten in den ersten Röhrchen im Goldsol bis „Blau“, im Normomastix bis zu „starker Bodensatz“.

Aus dieser Übersicht ergibt sich, daß rund ein Viertel bis ein Fünftel unseres Schizophrenieliquormaterials von der Norm abweicht, wobei diese Abweichungen im ganzen gesehen aber nur geringgradige mit wenigen Ausnahmen sind. Die Veränderungen betreffen sowohl die Liquorzellzahl wie das Eiweiß, bei letzterem sind überwiegend die Globuline betroffen. Diese sind teils nur qualitativ verändert, teils auch quantitativ vermehrt. Isolierte Albuminanstiege dagegen wurden nicht angetroffen. Entsprechend stärkerer Eiweißerhöhung fallen in seltenen Fällen im Linksteil der Kolloidreaktionen Kurven aus.

Die Feststellung, daß abnorme Liquorbefunde bei der Schizophrenie vorkommen, ist in den letzten 20 Jahren mehrfach getroffen worden. Indessen sind die Ergebnisse keineswegs einheitlich, wenn sich auch ziemlich allgemein die Erkenntnis durchgesetzt hat, daß sowohl Zellzahlerhöhungon wie Veränderungen der Eiweißrelation im Liquor Schizophrener vorkommen.

Auf eine Eiweißvermehrung im Liquor Schizophrener hat wohl erstmals *Ravant* und *Boyer*, sowie *Kafka* hingewiesen. Den Au-

toren folgten, diesen Befund bestätigend, *Neel*, *Halpern*, *Demme*, *Courtois*, *Kral*, *Stary* u. *Winternitz*, *Sonden*, *Stroemme*, *Riebeling*, *Pasqualini* u. *Brunelli*, *Fancenko* u. *Levensson*, *Izikowitz*, *Plaut* u. *Rudy*, *Hahnemann*, *Riebeling* u. *Stroemme*, *Kopp* u. *Leip*. Allgemein wurde anerkannt, daß eine solche niemals ausgeprägte Grade erreiche. Der Satz *Demme*s, daß nur ausnahmsweise das Eiweiß den doppelten Wert der Norm erreiche, dürfte der übereinstimmenden Erfahrung entsprechen, wenn auch Abweichungen davon bekannt sind (*Kopp* u. a.).

Fragt man aber, auf welche Anteile des Eiweißes eine solche Vermehrung zurückgeht, so sind die Urteile verschieden. *Kafka* und *Samson* vertraten den Standpunkt, daß an der Eiweißerhöhung stets in gleicher Weise Albumine und Globuline beteiligt seien und somit der Eiweißquotient normal bleibe — wir haben nur eine entsprechende Beobachtung gemacht. — *Demme* dagegen, der sich auch auf Befunde von *Riebeling* und *Stroemme* stützen kann, findet bald die Globuline, bald die Albumine erhöht, *Leip* und mit ihm *Goland-Ratner*, *Rodriguez*, *Choroschko* sahen fast ausschließlich Albuminvermehrung, während wir die Globuline ganz in den Vordergrund zu stellen haben. Unser Material nimmt dabei allerdings eine gewisse Sonderstellung ein, da mit ganz wenigen Ausnahmen unsere Fälle in die Rubrik der „frischen“ Schizophrenien fallen, während bei einer Reihe der genannten Autoren sich die Angaben über die veränderte Eiweißrelation ebenso oder gar vorwiegend auf „alte“ Fälle beziehen. Wenn von methodischen Fehlermöglichkeiten abgesehen werden kann, wäre immerhin mit der Möglichkeit zu rechnen, daß mit Fortschreiten des schizophrenen Prozesses eine Albuminvermehrung sich stärker in den Vordergrund schiebt. Den Beobachtungen *Kafka*s und *Samson*s kommt, wie *Riebeling* und *Stroemme* ausführen, keine entscheidende Bedeutung zu, da es sich hier nicht um ein auslesefreies Material handelte. Da wir unter „frischen“ Fällen Frühfälle verstehen, dagegen nicht solche mit erneutem Schub bei langem Bestehen einer Schizophrenie, würde eine solche Möglichkeit nicht im Widerspruch stehen zu den Zahlen von *Riebeling* und *Stroemme*, die hinsichtlich des Verhaltens der Albumine und Globuline keine irgendwie deutliche Beziehung zum klinischen Verlauf der Schizophrenie feststellen konnten.

Nahezu Einstimmigkeit herrscht über das Vorkommen von Zellzahlerhöhungen, die sich fast ausschließlich nur bei frischen Fällen und hier vorwiegend bei Katatonien finden. Beschrieben wurden Pleocytosen von *Divry* und *Moreau*, *Courtois*, *Halpern*, *Demme*, *Sonden*, *Plaut* u. *Rudy*, *Riebeling* u. *Stroemme*, *Hahnemann*

Askguard, *Kopp*, *Leip*, *Rizzatti*. Eine solche vermißten nur *Kafka* und, soweit wir sehen, *Pasqualini* u. *Brunelli*, *Rodriguez* u. *Choroschko*. *Leip* spricht von Zellwerten bis 14/3, *Demme* bis 24/3, wir fanden mit einer Ausnahme als Höchstwert 25/3. *Kopp* dagegen sah zum Teil wesentlich höhere Werte. Immerhin wird man sagen können, daß für gewöhnlich die Zellzahlvermehrung sich im mittleren Bereich hält, oft sogar nur sehr gering ist.

Seit der ersten Mitteilung von *Goland-Ratner* haben zur Frage der Kolloidreaktionen Stellung genommen *Kafka*, *Kaltenbach*, *Sonden*, *Pasqualini* u. *Brunelli*, *Plaut* u. *Rudy*, *Thurzo*, *Riebeling* u. *Stroemme*, *Fancenko* u. *Levensson*, *Kopp*, *Demme*. Niemals Kurven sahen *Kafka*, *Riebeling* u. *Stroemme*, sowie *Thurzo*, bei akuten Schizophrenien dagegen stets *Fancenko* u. *Levensson*. Die übrigen Autoren, wie auch wir, bestehen auf deren relativen Seltenheit (*Kopp* 3,2%, wir 3,4%, *Pasqualini* und *Brunelli* 6,3%).

Stärker als in der Auffassung über die Art der bei Schizophrenie vorkommenden Liquorveränderungen gehen die Meinungen über deren Häufigkeit auseinander. *Fancenko* und *Levensson* wollen in 100% bei allen aktiven Stadien der Schizophrenie Liquorbefunde (Kolloidkurven) gesehen haben, ebenso 100% *Askguard* bei akuten Schizophrenien (Zell- und Eiweißvermehrungen), 50% *Kopp*, 48% *Demme*, 36% *Leip*, *Rodriguez* und wir in rund 25%, *Choroschko* in 2%. In der Aufteilung nach Eiweiß- und Zellzahlvermehrung bei „frischen“ und „alten“ Fällen folgern *Riebeling* und *Stroemme*, *Kopp* u. *Demme*, daß in den akuten Stadien die Zellvermehrung, in den chronischen die Eiweißvermehrung überwiege. *Rizzatti* findet, was das Eiweiß betrifft, das Umgekehrte, *Hahnemann* sah Eiweißvermehrung nur bei Katatonen, dagegen nicht bei dementen Schizophrenen.

Bezogen auf die Gesamtfallzahl und zum Teil von uns bereinigt, stellen sich für die Statistiken von *Riebeling* u. *Stroemme*, *Kopp* u. *Rizzatti* die Werte wie folgt dar:

Riebeling u. *Stroemme*	Alte Fälle	Neue Fälle
Bezugszahl	81	93
davon Eiweiß vermehrt	49%	26%
Bezugszahl	120	83
davon Zellen vermehrt	17,1%	32,5%
Kopp		
Bezugszahl 216		
Eiweiß vermehrt	14,3%	11,1%
Zellzahl vermehrt	—	8,8%

Rizzatti	Alte Fälle	Neue Fälle
Bezugszahl 145		
Eiweiß vermehrt	4,8%	22%
Zellzahl vermehrt	45%	50,6%

Unser Material ergibt 17,3% für die Pleozytosen und 16% für die Eiweißvermehrung, kommt damit also den *Kopp*schen Zahlen nahe. Wie gesagt, handelt es sich hierbei fast nur um frische Fälle.

Durch *Kafka*, *Riebeling* und *Stroemme* wurde neben einer Eiweißvermehrung bei der Schizophrenie auch auf eine Eiweißerniedrigung hingewiesen. Das gab *Kafka* Veranlassung, von einem Oscillieren des Liquor bei Schizophrenen zu sprechen. *Riebeling* und *Stroemme* sahen erniedrigte Eiweißwerte, nur bei ihren frischen Fällen, in 4%. Unser Wert liegt bei 11,25%, andererseits sehen wir aber solche auch bei Gesunden und z. B. auch bei Epileptikern. Hier sind berechnet an einer auslesefreien Serie von 65 Gesunden und 137 genuinen Epileptikern die Werte sogar noch etwas höher (13,8% und 20,3%), die quantitativ festgestellten Zahlen entsprechen sich. Das Oszillieren des Liquors bei Schizophrenen dürfte danach beurteilt also nichts besonderes darstellen. Andererseits sahen wir Schwankungen in den Eiweißwerten bei wiederholten Punktionen ein und desselben Falles in 6 von 16 Schizophrenen mit einer Differenz von mehr als 2 Teilstrichen für das Gesamteiweiß, während von 18 nicht ausgewählten Vergleichsfällen bei 16 die Übereinstimmung der Werte in zeitlich auseinanderliegenden Doppelbestimmungen eine nahezu vollkommene war, gleichgültig, ob der Abstand zwischen den 2 Punktionen nur Tage oder Wochen oder gar Monate betrug. Bei 2 Fällen allerdings ergaben sich entsprechende Schwankungen. Bei dem kleinen Material erscheinen uns Folgerungen nicht berechtigt.

Sicher trifft die Meinung *Kafka*s nicht zu über die Erhöhung des Hydrationskoeffizienten bei Schizophrenen, unter welchen wir das Verhältnis der mit halbgesättigtem Ammonsulfat gefällten Globuline zu denen mit dem *Essbach*-Reagenz gefällten verstehen:

		Schizophrenie	Epilepsie	Gesunde
Bezugszahl		80	137	65
Hydrat. K.	1—3	23 %	26 %	15,4%
	3—5	47,7%	52,3%	44,6%
	5—7	20 %	17 %	30,7%
über	7	9,3%	4,7%	9,8%

Die Frage, weshalb in einem gewissen Prozentsatz bei Schizophrenen Liquorveränderungen vorkommen, in einem größeren nicht, läßt sich unter Bezugssetzung zu Geschlecht und Alter der Kranken nicht beantworten. Auch eine vergleichende Auswertung des Materials in der Ordnung klinisch abgrenzbarer Gruppen und Verläufe führt nicht zu überzeugenden Werten, auch wenn wir *Kopp* rechtgeben, daß Pleozytosen bei Katatonen häufiger als bei anderen Formen sind, und wenn wir als gegeben unterstellen, daß mit Fortschreiten des schizophrenen Prozesses sich in der Veränderung der Eiweißrelation Gesetzmäßigkeiten aufstellen lassen. Häufigkeitsbeziehungen können nicht entscheidend sein. Wir sahen Liquorveränderungen sowohl bei paranoiden Schizophrenien, wie bei Katatonien und Hebephrenien. In unseren 5 Fällen akuter Katatonie mit tötlichem Ausgang war der Liquor normal. Soweit unser Material vorwiegend frischer Fälle in Betracht gezogen werden kann und soweit wir an ein und demselben Fall mehrfache Punktionen vorgenommen haben, erwiesen sich die Liquorveränderungen zum großen Teil als vorübergehend, so daß wir in Analogie zu *Scheids* febrilen Episoden bei Schizophrenen hier von „liquorpositiven Episoden“ sprechen könnten[1]). Ob bei diesen „Liquorepisoden“ sich noch sonstige somatische Befunde erheben lassen (Fieber, beschleunigte Blutsenkungsgeschwindigkeit u. a. mehr) ist unseren Krankengeschichten nicht mit einer zu fordernden Sicherheit zu entnehmen. In Zukunft wäre darauf aber besonders zu achten. Eine Erklärung für diese „Episoden“ haben wir bisher nicht, da wir eine hirnpathologische Anatomie der Schizophrenie nicht kennen, jene an die Untersuchungen von *Gamper*, *Kral* und *Stein* geknüpften Hoffnungen auf den Nachweis toxischer Substanzen im Liquor Schizophrener trotz der Bestätigungen von *Asal*, *Dide*, *Maurice* und *Aujalen* sich nach den *Scheid*schen Befunden nicht erfüllt haben, und ebensowenig die *Lehmann-Facius*-Reaktion mit ihrer Begründung eines Hirnphosphatidabbaus gehalten hat, was sie versprach (*Roeder*, *Gaupp*, *Jahnel*, *Jacobi*). Auch die am Stoffwechsel ausgerichteten pathophysiologischen Forschungen haben uns noch keine eindeutigen Hinweise ergeben, wenn sie auch in eine bestimmte Richtung weisen. Vielleicht aber ist es nicht unberechtigt, die Frage überhaupt zu stellen, ob es sich wirklich bei solchen Liquorbefunden um eine organische Ausdrucksform der Schizophrenie handelt. Es könnte sein, daß auch andere chronische Leiden in ähnlicher Art und Häu-

---

[1]) Liquorveränderungen als Punktionsfolgen sind hierbei ausgeschlossen.

figkeit zu Liquorveränderungen führen, mithin, daß wir es hier nur mit einer Reaktion mehr oder minder bestimmter, körperlich veränderten Dispositionen zu tun haben, deren Ursachen vielfältig und unspezifisch sind. Soweit wir das Schrifttum kennen, erscheint eine solche Möglichkeit bisher noch nicht an repräsentativen Serien, z. B. chronisch Tuberkulösen, geprüft zu sein. Gelegentliche, entsprechende, eigene Beobachtungen gerade bei diesem Leiden lassen jedenfalls heute eine solche Vermutung nicht ausschließen. Zumindest eröffnet sich hier noch ein weites Feld neuer Überlegungen.

Unsere Beobachtungen sprechen für die relative Geringfügigkeit der Liquorveränderungen bei Schizophrenen. Demzufolge erscheint uns hinsichtlich der praktischen Folgerungen die Forderung berechtigt, der Liquordiagnostik nicht, wie mancherorts der Brauch, jede Bedeutung abzusprechen. Ein ausgeprägter pathologischer Liquorbefund sollte in jedem Fall zu einer ganz besonders eingehenden Überprüfung veranlassen, sei es zur Klärung der Frage, ob die diagnostische Einordnung des Falles in die Schizophrenie, sei es, ob die Rückführung des Liquorbefundes auf den schizophrenen Prozeß zu Recht erfolgte. Daß eine Materialauswertung unter diesem Gesichtspunkt den der Schizophrenie zukommenden Prozentsatz abnormer Liquorzusammensetzung nicht unwesentlich senkt, daran kann nach unseren Erfahrungen kein Zweifel sein.

Als Beispiel letzterer Fragestellung sei folgende Beobachtung berichtet:

Ein 26 jähriger Mechaniker, der nach früher offenbar besonders guten Leistungen in den letzten 4 Jahren ein unstetes Wanderleben geführt hatte, wobei er an vorübergehenden Arbeitsplätzen versagte, wurde der Klinik zugeführt, weil er in der letzten Zeit dadurch auffällig geworden war, daß er auf der Straße fremde Personen belästigte, jungen Mädchen Liebeserklärungen machte, sie in Gegenwart Fremder zu küssen versuchte, im übrigen herumlungerte und „ohne Sinn und Verstand“ in einem fort redete. Er bot das Bild der läppischen Hebephrenie mit faxenhaft theatralischen Gesten und Verbigerieren bei weitgehend zerfahrenen und zusammenhangslosen Denken. Der Ausbruch der Psychose mußte vor mehr als 4 Jahren erfolgt sein. Zu der Zeit wurde er ohne Bestrafung von Heeresdienst als d. u. entlassen, nachdem er in der Wachstube grundlos einen scharfen Schuß gegen die Zimmerdecke abgegeben hatte.

Die im Abstand von 16 Tagen entnommenen Liquores zeigten folgendes Bild:

1. 16/3 Ly. 24,0 Ges. E. 8,4 Glob. 0,53 EQ Mastixparalysekurve
2. 7/3 Ly. 24,0 7,2 0,42 ,,

Neurologisch bot er erschöpfliche BDR., sonst regelrechte Verhältnisse. Bei einer vor 4 Jahren andernorts vorgenommenen fachärztlichen Untersuchung fanden sich bei gleichem Liquorbefund außerdem linksseitige Pyramiden-

zeichen und leichte ataktische Erscheinungen. Bereits damals wurde der Verdacht auf ein organisches Nervenleiden geäußert (M. S.), jetzt zeigte die Encephalographie einen beträchtlichen symmetrischen Hydrocephalus internus.

Bei den bestehenden neurologischen Veränderungen mußte der seit Jahren unverändert anhaltende Liquorbefund auf einen organischen Prozeß des Zentralnervensystems bezogen werden. Gleichwohl entsprach das psychische Bild einer Hebephrenie.

Die Frage der Bewertung abnormer Liquorbefunde bei der Schizophrenie erscheint uns aber auch noch dahin erweitert werden zu müssen, ob denn nicht auch die durch die schizophrene Symptomatik sekundär bedingten Störungen somatischer Art in der Lage sind, den Liquor zu verändern. Leider fehlt es uns hierbei vielfach an ausreichenden Vergleichsmöglichkeiten, da gleiche oder ähnliche Auswirkungen auf körperlichem Gebiet gerade bei solchen Leiden gefunden werden, die ihrerseits allein schon die Liquorzusammensetzung verändert haben. Soweit man allerdings nur etwa das Anstaltsmilieu, eine Nahrungsverweigerung oder die psychomotorische Erregung oder den Stupor im Auge hat, können wir darauf hinweisen, daß wir bei Erregungszuständen Schwachsinniger, bei agitierten Melancholien, bei depressiven Stuporen niemals Liquorveränderungen antrafen. Vielmehr bestätigte sich auch uns die Erfahrung von *Demme* und *Kopp*, daß beim manisch-depressiven Irresein wie auch beim angeborenen Schwachsinn ohne neurologischen Befund der Liquor stets normal ist[1]). Wollte man für die Schizophrenie dennoch an solche Möglichkeiten denken, so müßte die Frage dahingestellt werden, ob bei Schizophrenen des Liquorsystem labiler ist oder ob allgemein körperlichen und stoffwechselbedingten Veränderungen gegenüber das Zentralnervensystem Schizophrener empfindlicher reagiert. Das liefe letztlich darauf hinaus, anzunehmen, daß Schizophrene für zerebrale Infekte empfänglicher sind als andere Geisteskranke. Wiewohl wir hierfür in der Literatur keine Hinweise finden, läßt uns eine Beobachtung doch eine solche Möglichkeit bejahen: Fast zur selben Zeit wurden uns aus einem Schwarzwalddorf Vater und Tochter eingewiesen. Beim Vater lag eine nach fieberhafter Grippe mit Durchfällen aufgetretene, ängstlich-ratlose Erregung mit vagen Vergiftungsideen vor, welche innerhalb weniger Tage abklang, bei der Tochter, deren Mutter vor 28 Jahren wegen einer Schizophrenie in Anstaltsbehandlung war und die einen schizophrenen Defekt auch heute zeigte, handelte es sich um einen akuten Schub einer Schizophrenie

[1]) Unser eigenes Material umfaßt 34 Fälle von M.D.I. und 45 Fälle von angeborenem Schwachsinn.

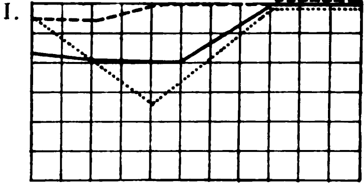


	Zellen	Nonne	Pandy	Ges. E.	Glob.	Album
I.	1. Punktion am 4. Tag					
	74/3	+	+	30,0	16,8	13,2
	3. Punktion am 23. Tag					
	33/3	+	+	26,4	18,0	8,4
	6. Punktion nach 5 Monaten					
	4/3	0	0	24,0	4,8	19,2

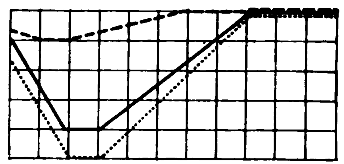

1. Punktion am 4. Tag


Goldsol

I.



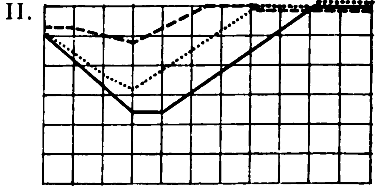
Normo-Mastik



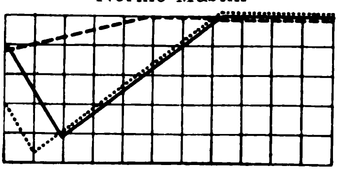
	Zellen	Nonne	Pandy	Ges. E.	Glob.	Album
II.	1. Punktion nach zirka 1 Woche					
	34/3	(+)	(+)	24,0	12,0	12,0
	3. Punktion nach 5 Wochen					
	21/3	0	0	16,8	1,8	15,0
	5. Punktion nach 5 Monaten					
	3/3	0	0	16,8	2,4	14,4

Goldsol

II.



Normo-Mastik

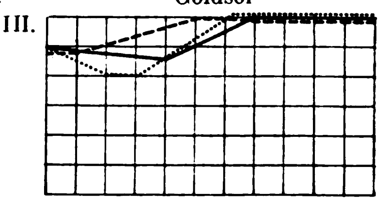


	Zellen	Nonne	Pandy	Ges. E.	Glob.	Album
III.	1. Punktion am 3. Tag					
	50/3	(+)	(+)	21,6	10,8	10,8
	3. Punktion nach 20 Tagen					
	28/3	Op.	Op.	24,0	8,4	15,6
	7. Punktion nach 3 Monaten					
	8/3	0	0	24,0	4,8	19,2

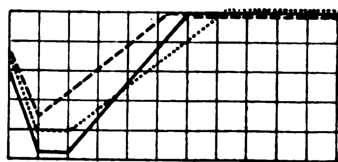

1. Punktion am 3. Tag

Goldsol

III.



Normo-Mastik



——— 1. Punktion
.... 3. Punktion
– – – – 6., 5., 7. Punktion

mit depressiv-gefärbten Wahnideen, optisch-akustischen Halluzinationen und ausgeprägter Denkstörung. Über eine kurze stuporöse Phase klang bei ihr der Schub aus in einen hebephrenen Defekt, der ein Jahr später bei einer Nachuntersuchung unverändert fortbestand. Die Liquorbefunde beider gehen aus der Abbildung hervor. — Wenig später wurde aus derselben Gemeinde, in der nach Bericht des Arztes sonst grippale Infekte zu dieser Zeit nicht beobachtet wurden, ein junger Mann eingeliefert, dessen Hebephrenie sich schleichend seit Jahren entwickelt hatte und der nun nach kurzdauernder grippaler Infektion im Sinne fieberhafter Durchfälle in eine schwere kataton gefärbte Erregung mit wahnhaften Beziehungsideen geriet. Außer flüchtigen neurologischen Symptomen, die bei den Vorgenannten fehlen, fand sich auch hier ein enzephalitisches Liquorbild, daß erst nach 3 Monaten normalen Verhältnissen wieder Platz machte, ohne daß die Psychose zur Abheilung kam. — Schließlich aber behandelten wir noch im selben Halbjahr ein junges Mädchen, die bereits mehrfach wegen ihrer Hebeprenie bei uns war, bei der der Grund der Wiederaufnahme ein erneuter gleichfalls kataton gefärbter Schub war, und bei der ebenso der Liquor das Bild einer Enzephalitis vermittelte, ohne daß hier der klinisch-neurologische Befund Abweichungen von der Norm ergab. Sie stammte aus einem anderen Teil Oberbadens (Fall 3 der Tabelle). — In Fall 1 konnte die psychiatrische Diagnose einer Schizophrenie zweifelhaft sein und auf eine symptomatische Psychose gestellt werden; immerhin konnte der Vater unter der Ansicht *Luxenburgers*, daß der Erbgang der Schizophrenie ein rezessiver ist, als schizophrener Anlageträger gelten, welche Annahme nach der Symptomatik der Psychose erbbiologisch wohl überhaupt gemacht worden wäre; bei den übrigen Fällen war die Diagnose gesichert. Da in demselben Zeitabschnitt Enzephalitiden bei uns nicht beobachtet wurden, nach dem Liquorbefund, und für Fall 3 auch nach dem neurologischen Befund, sowie schließlich für Fall 1, 2 und 3 nach der Vorgeschichte eine solche aber angenommen werden mußte, erscheint uns mangels einer anderen Erklärung die Annahme wahrscheinlich, daß tatsächlich bei mit Schizophrenie Belasteten eine erhöhte Empfänglichkeit für zerebrale Infekte vorliegt. Daß unabhängig aber, welche theoretische Deutung man solchen Beobachtungen gibt, damit der Rahmen der auf den schizophrenen Prozeß rückführbaren, unmittelbaren Liquorveränderungen weiterhin eingeengt wird, liegt auf der Hand.

Ein Rückschluß der aus solchen Beobachtungen gezogenen Folgerung auf eine abnorme Reaktionsbereitschaft des Liquor-

systems dagegen erscheint nicht gerechtfertigt. In zahlreichen Fällen von mit Insulin und Krampfgiften behandelten Schizophrenen ergaben Liquoruntersuchungen im Schock und danach, sowie nach Anfällen, uns in seltenen Fällen lediglich geringe Veränderungen, welche ihrer Art nach aber durchaus mit den von uns früher beschriebenen nach epileptischen Anfällen übereinstimmten.

Zusammenfassung

Daß bei Schizophrenen Liquorveränderungen vorkommen, wird an einem umfangreichen Material bestätigt. Von Ausnahmen abgesehen sind sie indessen nur geringfügig. Unter den akut erkrankten Fällen stehen Pleozytosen sowie qualitativ veränderte und quantitativ vermehrte Globuline im Vordergrund. Da sie hier zumeist nur vorübergehend sind, wird in Analogie zu *Scheid*s febrilen Episoden von Liquor = positiven Episoden gesprochen. Eine Erklärung für diese fehlt.

Die Zuordnung von Liquorveränderungen zum schizophrenen Prozeß, ist, wie gezeigt wird, nicht schlechthin zulässig. In jedem Fall ausgeprägter Liquorveränderung muß, sofern die Diagnose zu Recht besteht, nach einer zusätzlichen Noxe gesucht werden.

Daß Schizophrene zerebralen Infekten gegenüber empfänglicher sind als andere Geisteskranke, wird für möglich gehalten. Andererseits aber fehlen Hinweise auf eine abnorme Reaktionsbereitschaft des Liquorsystems bei Schizophrenen.

Schrifttumverzeichnis

Asai, Psychiatr. et Neurol. japonika 1937, **41**. — *Askguard, Hahnemann, Neel*, Acta psychiatr. (Kobenh.) 8, 609—626 (1933). — *Courtois*, Ann. med. psychol. 87, 218 (1929). — *Choroschko*, Sovet. Nervopat. IV., **6**, 45—56 (1935) (Russisch). — *Didi, Marice, Aujalen*, Ann med. psychol. **92**, I 766—788 (1934) Franz. —*Demme*, Arch. Psychiatr. **92**, 485 (1930). —*Demme*, Liquordiagnostik. — *Divry et Moreau*, Journ. de neurol. et de psychiatrie. Jg. 27. 8. 565—573 (1927). — *Fancenko u. Levensson*, Zum Problem der Schizophrenie (Smolensk. 1934). — *Gamper, Kral* und *Stein*, Z. Neu. **141**, 689—701 (1932). — *Gamper, Kral*, Z. Neur. **153**, 258—264 (1935). — *Gaupp, jr.*, Z. Neur. **161** (1938). — *Derselbe*, Nervenarzt, **11**, 279—300 (1938). — *Derselbe*, Allgem. Z. Psychiatr. **109** (1938). — *Goland-Ratner*, Münch. med. Wo., **71**, 1128 (1924). — *Halpern*, Z. Neur. **121**, 283 (1929). — *Hahnemann*, Acta psychiatr. (Kobenh.) 7, 173—187 (1932). — *Jacobi*, Klin.W. II S. 1583 (1938). — *Jahnel*, Z. Neur. 165 (1939). — *Jzikowitz*, Ref. Zbl. Neur. 70 (1929). — *Kafka*, Psychiatr. Neurol. Wo. **30**, 247—248 (1928). — *Kafka*, Z. Neur. **115**, 85—107 (1928). — *Kopp*, Z. Neur. **151**, 656—672 (1934). — *Kaltenbach*, Z. Neur. **98**, 651 (1925). — *Kral, Stary* u. *Winternitz*, Z. Neur. 132 (1929). — *Leip*, Mschr. Psychiatr. **87**, 305—354 (1934). — *Neel*, Z. Neur. 122 (1929). — *Plaut* und *Rudy*, Z. Neur. **146**, 229

(1933). — *Pasqualini* und *Brunelli*, Note Psychiatr. **61**, 425—435 (1932). — *Ravant* u. *Boyer*, Zitiert nach Demme. — *Reistrup*, Acta psychiatr. (Kobenh.) **10**, 481—489 (1935). — *Riebeling*, 2. Neur. 123 (1930) und Z. Neur. 126 (1930). — *Riebeling* und *Stroemme*, Z. Neur. **147**, 61—72 (1933). — *Rizzatti*, Schizophrenie **1**, 97—125 (1934). — *Roeder*, Z. Neur. 165 (1939). — *Rodriguez*, Archivos. Neurobiol. **13**, 743—748 (1933) Spanisch. — *Sondèn*, Acta psychiatr. (Kobenh.) **6**, 565—592 (1931). — *Stroemme*, Norsk. Tidsskr. Mil. med. 4 (1932).

Über die durch Cardiazol provozierten Liquordruckveränderungen bei der Katatonie

Von

Dr. D. T. **Dimitrijević**, Klin. Assistent

(Aus dem Staatsspital für Geisteskrankheiten in Belgrad, Vorstand: Dr. *Ivan Barbot*)

(Eingegangen am 13. Juni 1940)

Unter den Störungen die wir bei der Schizophrenie in der ganzen Körpersphäre in den verschiedenen Formen auftreten sehen, sind wohl am häufigsten diejenigen, die sich im Bereiche des Vasomatoriums abspielen. So kommt es zu verschiedenen Unregelmäßigkeiten in der Blutverteilung in allen Körperteilen, unter denen jene im Gehirn besonders bevorzugt werden. Die Art in welcher sie auftreten, hängen sowohl von dem jeweiligen Krankheitsstadium als auch von der Form der Schizophrenie, bei der sie sich melden, ab. Zu besonderer Ausprägung kommen sie aber bei den Stüporösen und Katatonen, bei denen sie eine sehr charakteristische Gestalt annehmen können.

Worin eigentlich diese Störungen bestehen und auf welche Weise ist ihr Mechanismus zu verstehen, war die Frage, zu welcher Lösung zahlreiche Untersuchungen angestellt wurden. So hat man besonders bei den plethysmographischen Untersuchungen gesehen, das die Befunde bei ihnen gegenüber denjenigen bei den normalen Menschen große Abweichungen aufweisen. *Bumke* und *Kehrer* waren die ersten, die in ihren Untersuchungen zeigten, daß bei der Schizophrenie eine reaktive Volumstarre auftritt, welche einerseits in der Abschwächung und dem Verschwinden der Mayerschen Wellen, anderseits im Ausbleiben der Reaktion auf psychische Reize, ihren Ausdruck findet. Diese Abschwächung die später auch *Küppers* bestätigte, wurde zu den Erscheinungen in Analogie gebracht, die *Bumke* schon früher an den Pupillen bemerkte, und die bei der katatonen Form der Schizophrenie durch das Fehlen der Psychoreflexe häufig ausgeprägt waren. Diese Befunde aus welchem man sieht, daß die Erscheinungen dieser Starre, sowohl

in der psychischen wie auch in der physischen Sphäre auftreten können, wurden später auch von den anderen Autoren bestätigt. So fand *Bickel* bei den Katatonikern „sichere Zeichen von Blutgefäßspasmen", welche bei den späteren Untersuchungen unter dem Namen besonderer spatischen Wellen auch von *de Jong* konstatiert wurden. Aus diesen Untersuchungen *Küppers* ist es wohl ersichtlich, daß die Volumstarre bei der Schizophrenie als etwas Spezifisches auftritt, wenn sie auch bei ihren verschiedenen Arten verschiedenartig ausgeprägt ist.

Von diesen Tatsachen ausgehend schien es uns interessant und wert zu wissen, wie sich die Blutgefäße des Gehirns, ausgedrückt durch die Veränderungen des Liquordruckes auf einen Reiz mit Vasomatorenwirkung verhalten. Zu diesem Zwecke nahmen wir als Reizmittel „Cardiazol Knoll", dessen gefäßerweiternde Wirkung auf das Gehirn zur Genüge bekannt ist, und welches uns infolge seiner therapeutischen Verwendung bei der Schizophrenie in genügender Menge zur Verfügung stand. Dieses Mittel applizierten wir in der Weise, daß wir am Kranken zuerst eine Lumbalpunktion vornahmen, nach der wir an die Punktionsnadel ein Claudesches Manometer befestigen. Die Punktion führten wir stets in der liegenden Körperlage aus, und nachdem der Liquordruck eine bestimmte Höhe erreichte, was gewöhnlich in der ersten Minute erfolgte, injizierten wir in die Cubitalvene des Kranken jeweils 2 ccm Cardiazol, und zwar mit der Geschwindigkeit von 5 Sekunden. Nach der erfolgten Injektion betrachteten wir dann die Bewegungen des Manometerzeigers, dessen Oszillationen wir alle 5 Sek. aufzeichneten. Diese Untersuchungsmethode wendeten wir bei insgesamt 14 Katatoniekranken, und zwar bei 9 Männern und 5 Frauen, an. Von diesen 14 Fällen die zu diesem Zwecke besonders ausgewählt wurden, waren die meisten ältere Kranke, die mehr als ein Jahr im Spital verweilten. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sind aus der beiliegenden Tabelle zu ersehen, auf der man die Liquordruckveränderungen alle 15 Sekunden nach dem Anfangsdruck vor der Cardiazolinjektion verfolgen kann. Die Gesamtzeit in der wir diese Bewegungen des Liquordrucks beobachteten, bewegte sich zwischen 5—7 Minuten, während dessen sich der größte Teil der Veränderungen abspielte.

Tabelle

Fall	1. Minute				2. Minute				3. Minute				4. Minute				5. Minute			
1	16	16	16	16	17	17	24	34	34	33	34	32	30	24	24	23	20	24	22	20
2	22	32	36	36	80	90	100	80	70	58	45	40	40	39	37	34	34	34	34	32
3	10	10	10	10	10	12	12	12	11	11	12	12	13	13	13	12	12	12	12	12
4	17	17	17	17	17	18	27	33	37	37	36	30	24	20	28	22	20	22	23	22
5	24	24	27	28	27	34	34	38	44	52	51	52	51	51	50	52	46	44	44	44
6	12	12	12	14	14	16	16	16	17	16	16	17	15	16	16	16	15	15	15	15
7	24	24	26	29	35	39	39	46	47	45	46	46	42	43	43	44	29	34	33	33
8	13	13	13	13	13	15	15	16	15	15	14	15	14	14	14	13	14	13	12	13
9	16	16	15	16	16	16	16	16	16	17	16	17	17	18	18	18	18	17	17	17
10	22	22	23	24	27	28	28	29	29	29	28	29	28	28	27	27	27	27	25	26
11	14	14	14	15	15	15	16	18	20	21	20	20	21	20	20	19	20	20	19	18
12	21	21	20	22	27	34	36	36	40	44	47	45	42	42	44	41	41	42	40	36
13	11	11	11	11	11	13	13	24	32	37	44	43	40	40	35	30	36	22	20	20
14	9	9	9	10	11	10	12	16	16	16	17	15	15	14	15	15	15	16	15	15

Wenn wir diese Tabelle betrachten, so ist das erste, was uns in die Augen fällt, daß die Anfangswerte des Liquordrucks vor der Cardiazolinjektion sich zwischen 9 und 24 bewegen, und daher in dieser Hinsicht keine größeren Unterschiede aufweisen. Ebenso zeigten auch die Liquordruckbewegungen während der Injektion keine größeren Abweichungen, sondern erreichten zum größten Teil eine nur etwas größere Werte, als vor der Injektion. So gingen nur bei den vier Fällen die Liquordruckwerte über 40 hinaus, während sich bei den anderen unter 30 und sogar 20 bewegten. Besonders charakteristisch in dieser Hinsicht sind die Fälle 3 und 9, die die geringsten Liquordruckveränderungen aufwiesen, und bei denen sich während des Messens der Manometerzeiger nur einige Male rührte, und die ganze übrige Zeit hindurch ständig auf derselben Höhe verharrte. Anderseits zeigten sich die Fälle 5 und 12 lebhaftere Bewegungen, die beim ersten über 52 und bei zweiten über 47 hinausgingen. Alle diese Druckerhöhungen traten ziemlich jähe auf und manifestierten sich entweder schon in der ersten oder zweiten Minute nach der Injektion, oder in der 3—4 nach ihr. Ebenso schnell wie das Steigen war auch das Sinken des Liquordruckes, wenn auch seine Höhe nach diesem noch immer höher war als vorher. Unter diesen verdient eine besondere Erwähnung der Fall 2, bei dem die Anfangshöhe 22 war, und bei welchem sich nach der Cardiazolinjektion ein epileptischer Anfall einstellte. Der Liquordruck der nach den ersten 15 Sekunden auf 32 stieg und nach weiteren 15 Sek. 36 erreichte, erhöhte sich während des Anfalles plötzlich auf 80—90—100 und über 100, um dann in den folgenden 15 Sek. Interwallen auf 80, 70, 58, 45 und 40 wiederum zu sinken, während dessen auch der Anfall vorüberging.

Wenn man versucht, diese Druckbefunde bei allen Fällen mit dem Allgemeinbefinden der Kranken und besonders mit der Form der Katatonie und der Stärke des Stupors in Verbindung zu bringen, so sieht man, daß hier ein gewisses Verhältnis bestand. So wenn man die Fälle 3 und 9 nimmt, bei denen die geringsten Liquordruckveränderungen beobachtet wurden, so sieht man, daß das gerade diejenigen zwei Fälle waren, bei denen die Katatonie am stärksten ausgeprägt war, und die nicht einmal auf den Nadelstich bei der Lumbalpunktion reagierten. Diesen zwei Fällen etwas ähnlich waren die Fälle 6, 8, 10, 11 und 14, bei denen in der Liquordruckhöhe nach der Cardiazolinjektion ebenfalls nur geringe Abweichungen bestanden, und in dessen Allgemeinhaltung sich Stupor, Mutismus und Negativismus äußerten, wenn auch die Starre nicht so stark ausgeprägt war. Im Gegensatz zu diesen gehören die Fälle 1, 5 und 13, die neben geringen allgemeinen Liquordruckschwankungen einen jähen Aufstieg desselben zeigten, zu jenen Fällen, die in ihrer Haltung manchmal plötzliche Reaktionen aufwiesen. So erlebten wir eine derartige Reaktion besonders im Falle 13, der eine typische stuporöse und negativistische Haltung einnahm, während der Punktion aber plötzlich aufstand. Andere zwei waren ebenfalls schwer zu bewältigen und zeigten ebenso eine Neigung zu derartigen Reaktionen. Der letzte Fall bei dem epileptischer Anfall auftrat, gehörte in die Gruppe, bei der die stuporösen Erscheinungen nicht so stark ausgeprägt waren, und bei dem vor einer gewissen Zeit eine Cardiazoltherapie durchgeführt wurde. Dieser Umstand war wahrscheinlich die Ursache dafür, daß wir bei ihm mit 2 ccm Cardiazolinjektion im langsamen Tempo, einen epileptischen Anfall erzeugten, den wir sonst bei keinem Fall bekamen. Auf welche Weise dieser Anfall entstand, und welche Ursache seiner Entstehung zugrunde liegt, können wir uns nicht erklären. Es ist doch möglich, daß auch hier wie bei der Insulinbehandlung eine Art Sensibilisierung stattfand, bei der auch kleinere Dosen von Cardiazol einen Anfall hervorrufen könnnn

Aber auch trotz dieser plötzlichen Steigerungen des Liquordruckes, die wir bei einigen Fällen beobachteten, es kann doch nicht geleugnet werden, daß die geringe Reaktionsfähigkeit auf Cardiazolwirkung bei den meisten Fällen gerade charakteristisch ist. Diese Wirkung war um so auffallender, als wir sie sonst bei keiner anderen Psychose konstantieren konnten. Nachdem wir im Anfang unserer Untersuchungen die Absicht hatten, diese auch bei einigen anderen Geisteskranken anzustellen, führten wir sie auch bei sechs Fällen von progressiver Paralyse und einem Fall von Paranoia

durch. Bei allen diesen Kranken waren die Reaktionen des Liquordrucks auf Cardiazol sehr lebhaft, und zeigten Schwankungen, die sich in sehr großen Amplituden bewegten. Hatten wir so bei den Katatonen nach der Cardiazolinjektion einen mehr oder weniger ruhigen Verlauf des Liquordruckes, so zeigte die Manometernadel bei der Paralyse jedoch sehr große Steigerungen und Senkungen, bei denen man keine Regelmäßigkeit feststellen konnte. Ein ähnliches Verhalten einer stärkeren, wenn auch regelmäßigeren Erhöhung des Liquordruckes zeigte auch ein Paranoia-Fall, der zum Unterschiede zur Paralyse, nur etwas regelmäßiger verlief.

Derartige Bewegungen des Liquordruckes als Folgeerscheinung vasomotorischer Veränderungen der Cerebralarterien, kann man nach *Küppers* nicht als Folgeerscheinung einer „affektiven" Verblödung betrachten, da man in diesem Falle ähnliche „Körperliche Resonanzen" in allen Richtungen erwarten konnte. Daher ist er der Meinung, daß das vasomotorische System sich in einem Zustande befindet, der es unmöglich macht, diese Veränderungen des Seelenzustandes normal zum Ausdruck zu kommen. So wäre nach ihm der physiologische Zusammenhang darin zu suchen, daß oberste Blutverteilungszentrum sich infolge der Erwartungsspannung in einem Zustande befände, daß eine neue Verstärkung der Aufmerksamkeitskonzentration gar keine Reaktion mehr auflösen konnte. Auf Grund dessen bestände nach *Küppers* ein ähnlicher Zustand im Blutverteilungszentrum auch bei der Katatonie, bei der es wegen Spannung der willkürlichen Funktion zu ähnlichen Erscheinungen in der Körpersphäre kommen sollte. Auf diese Weise wäre dann auch die Volumstarre nichts anderes, als eine katatonische Erscheinung im Bereiche des Vegetativen zu erklären.

Diese Feststellungen *Küppers* über die Vasomotorestarre wurden auch durch die Untersuchungen *Gullotas* bestätigt, welcher bei der Katatonie weder mit Adrenalin, bei dem eine Cyanose des Gesichts auftrat, noch mit Amilnitrit an den Cerebralarterien nicht einmal die geringste Wirkung erzielen konnte. Besonders aber wurden sie in der letzten Zeit durch die besonderen Arbeiten *Gjessings* bestätigt, welcher durch seine Untersuchungen im Gegensatz zu den bisherigen Auffassungen, daß sich beim katatonischen Stupor Erscheinungen zeigten, die einer Vagotonie entsprachen, sympathicotone Erscheinungen feststellte. Daher gehen bei diesen Fällen alle Veränderungen in einem beschleunigtem Tempo vor sich, für was auch eine Beschleunigung des Basalmetabolismus spricht, so daß sich nach ihm hier nicht um einen Zustand der Inaktivität und Atonie, sondern im Gegenteil um eine Hypertonie handeln würde.

Für eine Hyperaktivität in diesem Sinne, sprechen auch die Untersuchungen, die wir vor kurzer Zeit in bezug auf die Blutzirkulationsgeschwindigkeit bei der Katatonie ausgeführt haben, und deren Beschleunigung wir als eine Folgeerscheinung der Hyperaktivität aller Körpervorgänge erklärten.

Diese Ergebnisse der Untersuchungen über den Liquordruck nach der Cardiazolinjektion bei der Katatonie, scheinen uns diese Auffassungen noch einmal zu bestätigen. Sie zeigen, daß im Volumen der Cerebralarterien bei der Katatonie nach einem Vasomotorenreiz tatsächlich sehr schwache Reaktionen auftreten, wodurch folglich auch in der Höhe des Liquordrucks sehr geringe Veränderungen zu verzeichnen sind. Das alles spricht für die Auffassung, daß es sich hier um eine zweifellose Starre in der Vasomotorenfunktion der Hirnarterien handelt, wodurch diese auf einen Vasodilatatorenreiz wie Cardiazol eine sehr schwache Reaktion zeigt.

In welcher Weise dies alles geschieht, und was die pathophysiologischen Grundlagen dieser Erscheinung ist, ist die Frage, welche uns hier am meisten interessiert. Die Erklärung von *Küppers*, der auf Grund der Auffassung von *Weber* über den Sitz der vasomotorischen Zentren im Zwischenhirn meint, daß alles dies durch die Vermittlung dieser Zentren geschieht, kann man heute nicht mehr als genügend betrachten. Denn wenn wir über die Liquordruckveränderungen sprechen, die als Folge der Volumveränderungen der Gehirngefäße auftreten, dann ist dies nicht möglich ohne dabei auch die Funktion des Sinus Caroticus zu berücksichtigen. Die Arbeiten von *Heymann*, *Bouquaert*, *Gollwitzer-Meyer*, *Schulze*, *Keller* u. a. haben uns genügend gezeigt, was für eine Bedeutung dieser Sinus für die Gehirnzirkulation hat, für die er als Regulator und Schutzvorrichtung gegen die groben Störungen dient.

Auf Grund alles dessen muß auch die Erklärung der Starre, die sich in geringeren Liquorveränderungen manifestiert, vom Funktionstonus dieses Sinns ausgehen. So würde diese Erscheinung in erster Linie als Folge des Ausfalls ihrer regulatorischen Funktion aufgefaßt werden, die wie in allgemeinem auch im zerebralen Kreislauf eine gewisse Rolle spielen muß. Auf diese Weise sehen wir, wie die *Küpper*sche Auffassung über die Starre in der Sphäre der Vegetativen auch für die Gehirnzirkulation seine Gültigkeit zeigt, indem sie in erster Linie deren regulatorische Funktion betrifft.

Eine solche Auffassung, die die vegetative Starre als eine unleugbare Tatsache voraussetzt, kann nur insoweit angenommen werden, als man an dem Standpunkte festhält, die bei den Katatonen

den primären Prozeß in ihrer psychischen Sphäre annimmt. Wenn wir von der allgemeinen Regel von *K. Jackson* über die Evolution und Dissolution der Gehirnfunktionen ausgehen, so wären die physischen Vorgänge, die wir in der Gehirnrinde als ihren philo- und ontogenetisch jüngsten Teilen lokalisieren, als primär geschädigt anzusehen. Denn wenn wir auch die Resultate, zu welchen neuerlich auf Grund *Gjessings* Untersuchungen *Scheid* und *Jahn* über die somatologischen Grundlagen der Schizophrenie gekommen sind, berücksichtigen, so muß die Lehre von der primären Dissolution der höchsten kortikalen Schichten doch hierbei als unberührt betrachtet werden, da die Störung dieser bei der Geisteskrankheit Katatonie als erste auftritt.

Von diesem Standpunkt ausgehend muß man analog den geistigen Zuständen, wie wir sie bei den verschiedenen Zuständen der geistigen Spannung begegnen, auch bei den Katatonen zu ähnlichen Erscheinungen kommen. Der Unterschied liegt nur darin, daß hier die Einwirkungen der Psyche viel stärker sind und statt der temporären Phasen einen dauernden Charakter haben. In diesem Sinne sollen auch unsere Untersuchungen aufgefaßt werden, bei denen die Abschwächung bzw. das Ausbleiben einer Reaktion auf einen vasomotorischen Reiz als Folge einer dauernden Wirkung, die die katatone Psyche auf die vasomotorischen Zentren des Zwischenhirns und die regulatorische Funktion des Sinus Caroticus ausübt, anzusehen ist.

Von diesem allgemeinen Verhalten, das die Katatonen gegenüber den Cardiazol zeigen, kommen Ausnahmen nur insofern vor, als in der dauernden Wirkung der katatonen Psyche auch gewisse Phasen auftreten, in denen sie erregend wirkt. Das sind die Fälle, bei denen der Stupor durch plötzliche Reaktionen durchbrochen wird, wie sich das bei uns in allen Steigerungen des Liquordruckes äußerte.

Die Beobachtung, daß bei solchen Katatonen gewisse Schwankungen des Liquordruckes vorkamen, sind mit denjenigen in Analogie zu bringen, bei denen *Bumke* seinerzeit je nach der Schizophrenieform verschiedene Reaktionen feststellte. Ebenso stehen sie in keinem Gegensatz mit denjenigen von *V. Vujić*, der bei seinen Untersuchungen über den Liquordruck bei Schlaf bei den Katatonen „ziemlich große periodische Schwankungen" beobachtete. Das mag wohl darauf beruhen, daß die psychische Sperre, die bei den Katatonen im Wachen besteht, während des Schlafes wegfällt, und mit ihr auch den Einfluß, die sie auf die vasomotorischen Zentren und die ganze Gehirnzirkulation ausübt.

Diese Untersuchungen geben uns ein neues Mittel, in die Hand, mit dem wir die Reaktion der Hirngefäße bei verschiedenen Nerven- und Geisteskranken untersuchen können. Ebenso geben sie uns die Möglichkeit, die neuere Ergebnisse über die Hirnzirkulation in ihrer Bedingtheit von verschiedenen organischen und psychischen Ursachen am klinischen Material nachzuprüfen und durch eventuelle Modifizierungen in Dosierung und Injektionsgeschwindigkeit besser Einblick in ihre Mehanismen zu gewinnen.

Schrifttumverzeichnis

Küppers, Hdbch. der Geisteskh. III. Bd. Allgem. Teil III. — *Bumke* und *Kehrer*, Zit. nach *Küppers*. — *Bickel*, Zit. nach *Küppers*. — *de Jong*, Z. Neur. **69**, 5, 69. — *Gulotta, S.*, Ref. Zbl., Bd. 63, 1—3. — *Gjessing, R.*, Arch. f. Psychiatr. 96. — *Dimitrijević*, Arch. f. Psychiatr. **107**. H. 1. — *Heymanns, C. Boukaert, J. Reignier, P.*, Le sinus carotidien, Paris 1933. — *Vujić, V.*, Jahrbüch. f. Psychiatr. u. Neurol. **49**, N. 1—3.

Die Pyrimidinkomponente des Aneurins (Vitamin B_1) als Krampfstoff

Von

G. Mall

(Aus der Universitäts-Nervenklinik, Marburg.
Direktor: Prof. Dr. *E. Kretschmer*).

(Eingegangen am 1. Dezember 1940).

Als Nebenerscheinungen allgemeiner toxischer Schädigungen werden Krämpfe nicht selten bei Vergiftungen mit CO, Thiophen, Kreatin, Cocain, Coffein, Ephetonin, Phenol, Apomorphin, Ergotoxin, Santonin, Pikrotoxin, Coriamyrtin, Tutin, Thuyon, Harnstoff, Chloroform, Äther, Thyroxin, Insulin u. a. beobachtet. Die Zahl der echten Krampfmittel mit spezifischer Wirkung auf Gehirn und Rückenmark ist aber beschränkt. In therapeutischer Hinsicht wurden namentlich Kampfer, Cardiazol, Coramin, Azoman, und als Rückenmarksgift das Strychnin untersucht. Eine chemische Strukturverwandtschaft der Krampfmittel besteht nicht. Vielmehr scheint das Zentralnervensystem auf eine Reihe toxischer Einwirkungen gleicherweise mit Krämpfen zu antworten.

Gifte, die selektiv auf bestimmte Kerngebiete des Zentralnervensystems zerstörend einwirken, sind sehr selten. Zu ihnen gehören die Mangansalze und bestimmte Diphterietoxine, die bei chronischer Verabfolgung Schädigungen der Basalganglien auslösen, sowie das Thiophen, das nach den Beobachtungen *Uppners* selektiv Kerngebiete des Cerebellums schädigt.

Für die echten Krampfgifte gilt im allgemeinen die Regel, daß sie erst bei Erreichung der Krampfschwelle wirksam werden und bei unterschwelligen Injektionsdosen, auch bei wiederholter Darbietung keine Krämpfe auslösen, d. h. eine kumulierende Wirkung nicht besitzen. Bei Injektion der letalen Dosis tritt im Krampfstadium sehr rasch der Tod an zentraler Atemlähmung ein. Die bekannten Krampfmittel: Kampfer, Cardiazol und Azoman zeigen keine kumulierende Wirkung. Vielmehr tritt eine allmähliche Toleranzsteigerung auf.

Demgegenüber stellt die Pyrimidinkomponente des Aneurins (Vitamin B_1) einen neuen Krampfstoff dar, der sich von den bisher bekannt gewordenen Krampfmitteln in charakteristischer Weise unterscheidet. Die krampfauslösende Wirkung der Pyrimidinkomponente des Aneurins wurde von *Rudolf Abderhalden* [1]) entdeckt, als er Untersuchungen darüber anstellte, ob der Organismus aus Pyrimidin und Thiazol das Aneurin synthetisch aufzubauen vermag. Er stieß hierbei auf die bemerkenswerte Tatsache, daß die Versuchstiere, die mit einer als vollwertig anzusehenden künstlichen Standardkost (Diät DK) ernährt worden waren, auf 2-Methyl-4-amino-5-oxymethylpyrimidin heftige Krampfanfälle bekamen, an denen sie im Laufe von einigen Stunden zugrundegingen. Tiere, die dagegen mit Grünfutter oder Körnerfutter ernährt worden waren, ertrugen diesen Stoff ungleich viel besser und starben nicht an Krämpfen, wenn solche überhaupt auftraten. Er schloß aus dieser Beobachtung, daß im normalen Grün- oder Körnerfutter ein Stoff enthalten sei, der dem künstlichen Futtergemisch fehlte. In der Folgezeit ist es ihm denn auch gelungen, aus Hefe einen dialysablen Stoff zu isolieren, der die Diät DK soweit zu ergänzen vermochte, daß die Tiere gegen den Krampftod geschützt schienen.

Diese überraschende Beobachtung ist umso bemerkenswerter, als die von *R. Abderhalden* erstmals beobachteten Krämpfe ganz spezifisch an 2-Methyl-4-amino-5-brommethylpyrimidin, sowie an 2-Methyl-4-amino-5-brommethylpyrimidinhydrobromid gebunden sind. Als völlig unwirksam erwiesen sich: 2-Äthyl-4-amino-5-brommethylpyrimidinhydrobromid, 4-amino-5-chlormethyl-6-methylpyrimidin und 4-amino-5-brommethyl-pyrimidinhydrobromid[2]).

Es scheint hier eine ungewöhnlich hohe Spezifität der Wirkung an eine chemisch eindeutige Struktur gebunden zu sein.

Eigene Versuche:

Während *R. Abderhalden* bei seinen Untersuchungen in erster Linie der Frage nachging, inwieweit durch bestimmte Ernährungsformen der Organismus gegenüber der Pyrimidinkomponente des Aneurins sensibilisiert oder geschützt wird, haben wir bei unseren eigenen Versuchen die Frage geprüft, ob die Pyrimidinkomponente

---

[1]) R. Abderhalden: Pflügers Archiv 242, 2, 1939; R. Abderhalden: Pflügers Archiv 243, 1, 1939.

[2]) Bei unseren eigenen Versuchen erwies sich ferner 2-Methyl-4-amino-5-aminomethylpyrimidin, selbst bei Injektionsdosen von 800 mg, bei Meerschweinchen als unwirksam.

des Aneurins ganz allgemein als Krampfstoff bezeichnet werden kann. Unsere Versuche wurden mit 2-Methyl-4-amino-5-oxymethylpyrimidin durchgeführt. Als Versuchstiere verwendeten wir Ratten, Meerschweinchen, Katzen und Kaninchen.

Der Ablauf der Krämpfe.

Unsere Versuche ergaben in Übereinstimmung mit *R. Abderhalden*, daß die Krampfschwelle für normal ernährte Tiere beträchtlich höher gelegen ist, als bei den mit der Diät DK vorbehandelten Tieren. Indessen muß das 2-Methyl-4-amino-5-oxymethylpyrimidin als ein echtes Krampfmittel angesprochen werden, da es bei Einhaltung der Krampfschwelle (s. S. 262) bei allen untersuchten Tieren charakteristische Krämpfe auslöst.

Aufallend ist die eigenartige Wirkungsweise dieses Krampfstoffes. Nach subkutaner Injektion tritt zunächst eine etwa 3—5 Stunden dauernde Latenzzeit auf, während der die Tiere zunächst unauffällig sich in ihren Käfigen bewegen, fressen und keinerlei Anzeichen einer Störung erkennen lassen. Erst nach etwa 2—3 Stunden werden die Tiere bewegungsärmer. Die Bulbi treten etwas hervor. Ratten führen zuweilen eigentümliche rhythmische Bewegungen des Kopfes aus. Zuweilen kann ein vorübergehender Tremor beobachtet werden. Nach dieser mäßigen Unruhe treten dann plötzlich heftige Krampfanfälle auf, die sich mit zahlreichen ruhigen Zwischenphasen über mehrere Stunden erstrecken. Die Form und der Ablauf dieser Krämpfe wechselt häufig. Ein Krampf dauert meist 1—5 Minuten. Die danach eintretenden Ruhepausen können bis zu 20 Minuten betragen. Zuweilen treten aber auch nach ganz kurzen Ruhepausen von 1—2 Minuten heftigste Krämpfe auf. In der Hauptsache fanden wir folgende Krampfformen, die häufig ineinander übergehen oder abwechseln:

1. Extreme Streckkrämpfe mit Opisthotonus, vollkommener Spastik der Extremitäten und allmählich eintretendem feinschlägigem Tremor der Extremitäten.
2. Heftige Rollbewegungen. Hierbei rollen die Tiere um ihre Längsachse in raschen Bewegungen über den Versuchstisch bis sie irgendwo einen Widerstand finden, der die Rollbewegungen aufhält.
3. Manègebewegungen, bei denen die Tiere sich seitlich einrollen und in der Einrollrichtung Kreisbewegungen ausführen.
4. Kulpitationsbewegungen. Beim Hochheben der Tiere zeigen diese starke Einrollbewegungen nach vorn und ventral. Sie

setzen statt der vorderen Extremitäten den Kopf auf die Tischplatte auf und überschlagen sich nach vorn.

5. Stoßartige Bewegungen in den Richtungen der Lokomotion nach vorn oder hinten. Sehr oft fanden wir besonders ruckartige Rückwärtsbewegungen.

In allen Komponenten erinnert die Gestalt dieser Krämpfe an Zwangsbewegungen, wie sie bei experimentellen supravestibulären Störungen des hinteren Längsbündels und dessen Verbindungssystemen beobachtet werden[1]). Hin und wieder kann beobachtet werden, daß die Tiere auch während ihrer Krampfbewegungen primitive Fluchtreflexe auszuführen in der Lage sind. Blinzel- und Pupillenreflexe sind zuweilen erhalten. Erreicht z. B. ein Tier bei ruckartigen Rückwärtsbewegungen den Tischrand, so unterbleiben nicht selten weitere Rückwärtsbewegungen und das Tier hält sich krampfhaft mit den hinteren Extremitäten am Tischrande fest.

Während der zwischen den Krämpfen liegenden Ruhepausen genügt ein akustischer Schreckreiz, um sofort neue Krämpfe auszulösen. Oft erfolgen deshalb auch bei mehreren Tieren in benachbarten Käfigen die Krämpfe gleichzeitig.

Während des Krampfanfalles, namentlich während der Manègebewegungen kann häufig Nystagmus beobachtet werden. Nicht selten liegen beide Bulbi in extremer Convergenzschielstellung. Hertwig-Magendiesche Schielstellung haben wir nicht in einem Falle beobachten können.

Die Krampfanfälle dehnen sich fast immer über einen Zeitraum von mehreren Stunden aus. Vor Eintritt des Todes folgen dann die Krämpfe in ununterbrochener Reihenfolge mit nur ganz kurzen Unterbrechungen von wenigen Sekunden. Bei Ratten fanden wir ausnahmsweise einen plötzlich eintretenden Kreislaufstillstand ohne vorhergehende Krämpfe.

Krämpfe bei chronischer Pyrimidinvergiftung.

Es lag nahe, die Folgen einer Dauerbehandlung mit Pyrimidin zu untersuchen. Zu diesem Zweck wurde eine Reihe von Versuchstieren täglich mit 2-Methyl-4-amino-5-oxymethylpyrimidin behandelt und zwar in Dosen, die bei einmaliger Verabreichun- keine Krämpfe auslösten. Diese Versuche wurden an Meerschweinchen und Katzen durchgeführt.

[1]) J. Muskens: Das supravestibuläre System. Amsterdam 1935.



Die Meerschweinchen erhielten täglich ein Drittel der Krampfdosis. Nach drei Tagen traten erstmals vereinzelte Krampfanfälle auf. Es schien, als ob das Tier aus voller Gesundheit plötzlich einen Krampfanfall bekam, nach dessen Ablauf es wieder völlig unauffällig war. Am besten könnte man diese Erscheinungen mit dem plötzlichen Auftreten epileptischer Krämpfe vergleichen. Am 4. und 5. Tag waren die hinteren Extremitäten vorübergehend spastisch paretisch und wurden nachgeschleppt. Die hinteren Extremitäten zeigten spastische Kontrakturstellungen, so daß sie leicht am gekrümmten Finger eingehakt und aufgehängt werden konnten. Diese Paresen klangen aber schon nach wenigen Stunden wieder ab. Am ausgeprägtesten erschienen sie früh morgens etwa 20 Stunden nach der letzten Injektion. Allmählich wurden die Tiere ataktisch. Die Koordination der Extremitätenbewegung war deutlich gestört. Die hinteren Extremitäten wurden gleichzeitig innerviert und anstatt alternierend beim Gang gleichzeitig vorgesetzt. Der Körper wurde dabei nur noch nach vorn gewälzt oder geschoben. Aber auch diese ataktischen Symptome waren nicht konstant und verschwanden zeitweise wieder. Nicht selten war auch eine Fallneigung nach der Seite zu beobachten. Die Körperhaltung schien gestört und bei allen Bewegungen lagen die Tiere mehr oder weniger stark nach der Seite. Die Schnelligkeit der Bewegungen nahm allmählich ab, die Tiere wurden bewegungsärmer. Je länger die Behandlung fortgesetzt wurde, um so mehr traten Krampfanfälle auf, bis nach Tagen oder Wochen allmählich ein Status epilepticus mit gehäuften Anfällen eintrat, dem dann die Tiere erlagen.

Nicht immer zeigen die Tiere während dieser Behandlungsperiode als Zeichen einer fortschreitenden Erkrankung einen Gewichtsabfall. Je kleiner die verabfolgten Dosen sind, umso frischer erscheinen die Tiere, umso weniger ist die Freßlust beeinträchtigt, umso weniger wirkt sich die Giftwirkung auf den Allgemeinzustand der Tiere aus und umso selektiver tritt die Schädigung des Zentralnervensystems in den Vordergrund der Erscheinungen.

Die Katzen, bei denen wir Dauerversuche durchführten, ertrugen gegenüber den Meerschweinchen relativ höhere Dosen. Die Anzeichen einer Störung des Zentralnervensystems traten später auf. Der Gang wurde ebenfalls ataktisch, epileptische Anfälle traten erst verhältnismäßig spät auf. Bei den Katzen schien es, als ob diese Tiere durch die Injektion eher erregt würden. Die Lauf- und Spielbewegungen wurden gegenüber den Bewegungen der Kontrolltiere wesentlich lebhafter. Nach der Injektion wurde wieder-

holt lange anhaltendes Schnurren beobachtet. Die Tiere sträubten sich gegen die Injektion nie. Unter den Krampfbewegungen finden sich bei Katzen häufig Manègebewegungen und Herumlaufen im Kreise. Die Kletterbewegungen werden allmählich sehr ungewandt. Das Abspringen auf die Erde wird unsicher. Auch die Balanz auf schmalem Gegenständen ist deutlich gestört. Die Tiere werden ängstlich und scheu. Lähmungserscheinungen treten auch bei Katzen wiederholt, aber ebenfalls vorübergehend auf.

Wir geben nunmehr einige charakteristische Protokolle.

Meerschweinchen Nr. 3 (586 gr.), bisher nicht vorbehandelt.

2. 4. 40 8,30 h Injektion von 58 mg 2-Methyl-4-amino-5-oxymethylpyrimidin.

10 h. Das Tier sitzt ruhig im Stall, frißt. Weicht äußeren Reizen aus, flüchtige leichte Tremores.

10 h 30. Das Tier sitzt ruhig, ängstlich in substupuröser Haltung in die Käfigecke gekauert. Die Bulbi sind deutlich vorgetreten.

11 h 22. Als der Deckel des Käfigs rasch zugeklappt wurde, tritt plötzlich ein heftiger Krampfanfall auf mit extremem Opisthotonus und Streckkrämpfen, die namentlich an den unteren Extremitäten allmählich in einen sehr feinschlägigen raschen Tremor und dann in grobschlägige Kloni übergehen. Dann rollt sich das Tier durch Überschlagen auf dem Boden des Käfigs fort, wird dann ruhig und richtet sich allmählich wieder auf. Dauer des Krampfes 3 Minuten.

11 h 30. Das Tier frißt in normaler Stellung, bewegt sich zwischendurch normal im Käfig.

12 h 7. Zweiter heftiger Krampfanfall. Heftige Kloni der vorderen und hinteren Extremitäten. Tier liegt auf der Seite in Manègehaltung, grobschl. Nystagmus. Dauer des Anfalls 5 Minuten.

12 h 21. Heftiger Krampfanfall. Tonisch-klonische Zuckungen, Rollbewegungen. Dauer des Anfallse 4 Minuten.

12 h 45. Heftiger Anfall, vorwiegend Rollbewegungen, heftige Kloni der unteren Extremitäten, extreme Convergenzschielstellung. Dauer des Anfalles 4 Minuten.

12 h 55. Langanhaltender schwerer Krampfanfall. Extreme Streckkrämpfe. Rollbewegungen, Nystagmus, Schielstellung, 8 Minuten Dauer.

13 h. Das Tier sitzt ruhig im Stall und frißt.

13 h 3. Beim Herausnehmen des Tieres und Wiederaufsetzen auf den Tisch setzt es statt der Vorderbeine den Kopf auf und überschlägt sich nach vorn durch Einwärtsrollen.

13 h 30. Seit 13 h 10 fast ununterbrochen Krämpfe mit nur kurzen Zwischenpausen. Das Tier liegt meist auf der Seite, der Puls ist sehr rasch. 200/Min.

14 h. Das Krampfstadium dauert ununterbrochen an. Die Krämpfe dauern etwa 10 Minuten, dann treten für einige Sekunden Ruhephasen ein, in denen das Tier apathisch im Stall auf der Seite liegt.

14 h 15. Das Tier verendet an Kreislaufstillstand.

Meerschweinchen Nr. 17 (570 g) und Meerschweinchen Nr. 18 (585 g), tägliche Injektionsdosis 20 mg 2-Methyl-4-amino-5-oxymethylpyrimidin. Injektionszeit tgl. 9 h.

23. April 1940 Beginn der Behandlung. Keine Veränderung zu beobachten.

24. April 1940 Bewegungen und Freßlust unverändert.

25. April 1940 Meerschweinchen 17 spastische Lähmung der hinteren Extremitäten morgens, diese geht im Laufe des Tages zurück.

Meerschweinchen 18 morgens 10 h 15 ein kurzer Krampfanfall von 2 Minuten mit tonisch klonischen Krämpfen der Extremitäten, starkem Opisthotonus, Seitenlage, Schielstellung.

26. April 1940. Beide Tiere zeigen in den Morgenstunden spastisch gelähmte hintere Extremitäten. Die Paresen verschwinden in den Mittagsstunden.

15 h 10 hat Tier 17 einen Krampfanfall.

17 h 30 hat Tier 18 zwei aufeinanderfolgende Anfälle. Heute ist erstmals der Gang dauernd ataktisch unsicher. Es besteht bei beiden Tieren Fallneigung nach der Seite. Die Tiere sind etwas apathisch, bewegungsarm, fressen wenig.

27. April. Beide Tiere sind wieder völlig munter. Keine Paresen mehr. Gang unauffällig, nicht mehr ataktisch, laufen munter im Käfig herum, fressen normal. Tier 17 hat 12 h 15 einen kurzen Anfall.

28. April. Meerschweinchen 17 hat spastisch paretische hintere Extremitäten, bewegt sich nur mühsam schleppend vorwärts.

Meerschweinchen 18 sitzt unbeweglich in einer Ecke und macht einen kranken Eindruck. Gegen Abend haben beide Tiere mehrere Krampfanfälle.

29. April. Meerschweichen 17 hat zeitweilig stärkere Tremoren, ist unruhig, frißt nicht, gegen 11 h verfällt es in einen Status epilepticus mit anhaltenden langen Krämpfen, die immer rascher aufeinanderfolgen. Ab 14 h liegt es auf der Seite. 16 h Tod. Gewicht am Tage des Todes 510 g.

Meerschweinchen 18 hat im Laufe des Tages vereinzelte Anfälle, ist im übrigen munter, frißt, keine auffallenden Bewegungsstörungen.

30. April. Meerschweinchen 18 hat schon in den Vormittagsstunden eine Reihe von heftigen Krampfanfällen. Ab 13 h Status epilepticus mit sehr heftigen langanhaltenden und rasch aufeinander folgenden Krämpfen. Exitus 17 h 10 Gewichtsverlust seit 23. April 75 g.

Versuche an jungen Katzen.

Katze Nr. 2 (370 g), tägl. Injektionsdosis tägl. 10 mg 2-Methyl-4-amino-5-oxymethylpyrimidin. Injektionszeit vormittags 9 h tgl.

11. 4. 1940. Tier ist den ganzen Tag über sehr lebhaft, macht lebhafte Sprungbewegungen, frißt auffallend viel. Keine neurologischen Störungen nachweisbar, keine Krämpfe.

12. 4. 1940. Tier läuft unruhig im Stall hin und her, gegen Abend liegt es ruhig im Stall. Bei Prüfung zeigen die hinteren Extremitäten leichte Paresen.

13. 4. 1940. Das Tier ist auffallend unruhig, dauernd in Bewegung, schnurrt.

12 h 30 vereinzelte Zuckungen der Rumpf- und Halsmuskulatur, läuft erregt 20 Minuten lang im Stall hin und her und bekommt dann einen heftigen Krampfanfall, mit Manègebewegungen und nachfolgenden Streckkrämpfen, Schielstellungen. Die Anfälle treten gegen 19 h wiederholt in rascher Reihenfolge auf. 21 h wieder munter, frißt und schläft dann.

14. 4. 40. 10 h läuft das Tier unruhig hin und her und schreit ängstlich. 14 h häufige Krampfanfälle von etwa 3 Minuten Dauer. Schaum vor der Schnauze, Rollbewegungen, Kloni der hinteren Extremitäten. Nach den Anfällen ataktischer Gang, starke Fallneigung nach vorn. Spastik der hinteren Extremitäten. Das Aufsetzen der vorderen Pfoten ist sehr unsicher ataktisch. Kletterbewegungen sind nicht mehr möglich. Abspringen sehr unsicher, fällt

dabei auf die Seite. Sämtliche Bewegungen werden sehr langsam und vorsichtig ausgeführt.

15. 4. 40. Frühmorgens macht das Tier einen munteren Eindruck. Die Bewegungen sind lebhaft, nicht aktatisch. Nach der Injektion wird das Tier unruhig. Ab 11 h heftige Krampfanfälle von etwa 5 Minuten Dauer in Abständen von 12 bis 15 Minuten. Die Anfälle beginnen mit Manège- und Kreislaufbewegungen nach rechts mit starker Fallneigung nach der rechten Seite. Ab 15 h werden die Anfälle seltener und treten im Laufe des Nachmittags nur noch vereinzeilt auf.

16. 4. 40. Nach der Injektion treten heftige hohe Sprungbewegungen auf. Das Tier schnellt sich dabei senkrecht in die Höhe. Beim Wiederaufsetzen überschlägt es sich nach vorn. Das Tier frißt heute nicht und macht einen müden und kranken Eindruck. Ab 11 h häufige Anfälle in Abständen von 10 Minuten. Gegen 16 h lassen die Krämpfe nach. Tier sitzt teilnahmslos im Käfig. Gewichtsverlust seit 11. 4. 40 35 g.

17. 4. 40. Das Tier zeigt früh morgens spastische Paresen der hinteren Extremitäten, die nach der Injektion sich etwas lösen. Seit 10 h apathisch, schläfrig, seit 11 h 30 heftige rasch aufeinanderfolgende Krampfanfälle 17 h 30 Tod.

Katze Nr. 4 (390 g). Tägl. Injektionsdosis tgl. 5 mg 2-Methyl-4-amino-5-oxymethylpyrimidin. Injektionszeit 9 h tgl.

Beginn der Versuche am 11. 4. 40. Trotz täglich Injektion zeigt das Tier bis zum 25. 4. keinerlei neurologische Störungen. Es scheint lebhafter und temperamentvoller in den Bewegungen, als die behandelten Kontrolltiere. Während und nach der Injektion schnurrt das Tier. Appetit normal. Kein Gewichtsverlust. Keine Krampfanfälle.

10. 5. Keine neurologischen Störungen bisher nachweisbar. Tier macht einen munteren gesunden Eindruck, frißt normal. Keine Anfälle.

Besprechung der Ergebnisse.

Die Versuche ergeben eine spezifische Krampfwirkung des 2-Methyl-4-amino-5-oxymethylpyrimidin. 10—15 mg dieses Stoffes auf 100 g Gewicht des Tieres führen bei gesunden Tieren nach einer Latenzzeit von 3—5 Stunden zu heftigen Krämpfen, die immer mehr den Charakter eines Status epilepticus gewinnen und in deren Verlauf das Tier am selben Tage verendet.

Wird das Tier tagelang mit kleineren Dosen, etwa ein Drittel der Krampfdosis behandelt (auf 100 g Körpergewicht 3—5 mg. 2-Methyl-4-amino-5-oxymethylpyrimidin) so treten erst nach einigen Tagen Krämpfe auf. Das Präparat zeigt deutlich kumulierende Wirkung. Häufig werden neben den Krämpfen mehr oder weniger flüchtige neurologische Störungen wie Ataxie und vestibuläre Störungen beobachtet. Ehe die Störungen in den Vordergrund der Erscheinungen treten, hat man den Eindruck, daß die Injektionen zunächst zu einer leichten motorischen Erregung führen.

Bei Injektion von täglich kleinen Mengen von 2-Methyl-4-amino-5-oxymethylpyrimidin (1—1,5 mg auf 100 g Körpergewicht) konn-

ten wir auch bei wochenlanger Behandlung der Tiere weder neurologische Störungen, Krämpfe oder Gewichtsverlust beobachten. Dagegen scheinen die Tiere in ihren Bewegungen lebhafter zu werden. Bei diesen geringen Injektionsdosen scheint dieser Stoff vorwiegend eine motorisch erregende Wirkung zu besitzen. Eine kumulierende Wirkung konnte hierbei nicht mehr nachgewiesen werden.

Absolute Werte für die Krampfschwelle können nicht angegeben werden, da dieselbe individuell bei den einzelnen Tieren, erst recht aber bei den verschiedenen Spezien verschieden ist. Wie *R. Abderhalden* gezeigt hat, spielen Faktoren der Umwelt und ganz besonders der Ernährung bei diesem Stoff eine entscheidende Rolle. Nach unseren bisherigen Beobachtungen scheint auch die Jahreszeit von Einfluß zu sein. Es empfiehlt sich deshalb bei größeren Reihenversuchen, zunächst sich durch Vorversuche zu orientieren.

Zusammenfassung.

1. An Meerschweinchen, Katzen, Ratten und Kaninchen wurde die spezifisch krampfauslösende Wirkung der Pyrimidinkomponente des Aneurins (Vitamin B_1) untersucht.

2. 2-Methyl-4-amino-5-aminomethylpyrimidin erwies sich als völlig wirkungslos. 2-Methyl-4-amino-5-oxymethylpyrimidin erwies sich dagegen als ein Krampfgift, das bei Einhaltung der Krampfschwelle bei allen untersuchten Tieren nach einer Latenzzeit von 3—5 Stunden zu Krampfanfällen führt. Die Krämpfe zeigen die Gestalt von Streckkrämpfen mit klonisch-tonischen Zukkungen der Extremitäten, von Manègebewegungen, Rollbewegungen, Kulpitationsbewegungen und Stoßbewegungen in der Richtung der Lokomotion. Sie erinnern in ihrer Form an extrapyramidale Bewegungsmechanismen, wie sie nach experimenteller Schädigung des supravestibulären Systems beobachtet werden. Nach mehrstündigen Krämpfen gehen die Tiere im Krampfstadium ein.

3. Werden die Versuchstiere täglich mit kleinen Mengen (etwa ein Drittel der Krampfdosis) behandelt, so treten nach einer anfänglichen Phase der motorischen Erregung nach einigen Tagen Krampfanfälle auf, die von flüchtigen neurologischen Störungen von Ataxie und Paresen begleitet werden. Es läßt sich bei dieser Versuchsanordnung eine kumulierende Wirkung des 2-Methyl-4-amino-5-oxymethylpyrimidin beobachten. die Tiere verenden nach einiger Zeit an ihren Krämpfen.

4. Werden die Tiere täglich mit unterschwelligen Dosen behandelt (etwa ein Zehntel der Krampfdosis), so läßt sich eine kumulierende Wirkung nicht mehr beobachten. Die Tiere werden motorisch lebhafter, erregt. Krämpfe und neurologische Störungen bleiben aus. Gewichtsverlust war nicht zu beobachten.

5. Da sich bei einer Reihe von bekannten Krampfgiften bei Verwendung von subtoxischen Dosen eine therapeutische Verwendungsmöglichkeit ergab, ist es nicht unmöglich, daß weitere Untersuchungen mit der Pyrimidinkomponente des Aneurins bei dessen selektiven Wirkung auf extrapyramidale Systeme neue Gesichtspunkte für eine therapeutische Verwendung dieses Stoffes ergeben werden, zumal angenommen werden muß, daß der genannte Stoff im Organismus vorkommt und bei der Synthese des Vitamins B_1 eine physiologische Rolle spielt.

Über die histologischen Untersuchungsbefunde an den Gehirnen der Versuchstiere werden wir a. a. O. berichten.

Über Wirbelsäulenverletzungen bei Cardiazolbehandlung

Von

Dr. Richard Wolf

(Aus der Nervenklinik der Stadt und Universität Frankfurt a. Main.
Leiter: Prof. Dr. *Kleist*)

(Eingegangen am 7. August 1940)

Galt die Cardiazolschockbehandlung bis vor kurzem als recht ungefährlich, so mehrten sich im letzten Jahr Berichte, die auf eine bisher kaum beachtete Art von Schädigung hinweisen. Wohl war es aufgefallen, daß die Kranken manchmal im Anschluß an die Krampfbehandlung über mehr oder minder starke Rückenschmerzen klagten, deren genaue Lokalisation nicht möglich war. Doch maß man ihnen keine besondere Bedeutung bei und führte sie auf leichte Muskelzerrungen zurück.

Erst als *Wespi* im Jahre 1938 einen Fall beobachtete, bei dem es im Verlauf eines ersten Krampfanfalles unter deutlichem Knacken zu einer Wirbelsäulenfraktur kam, wandte sich die Aufmerksamkeit der Wirbelsäule zu. Es zeigte sich in *Wespis* Fall, daß im thorakalen Anteil der Wirbelsäule ein Gibbus aufgetreten war. Die vorgenommene Röntgenaufnahme bestätigte die klinische Diagnose einer Kompressionsfraktur. Die Kranke starb am 19. Tage infolge einer Lungenembolie. Die Sektion ergab eine Kompressionsfraktur des 7. Brustwirbelkörpers. Makroskopisch wie mikroskopisch fand sich eine völlig unveränderte Knochenstruktur.

Weitere Beobachtungen stammen besonders von Amerikanern, die zuerst größere Reihenuntersuchungen vornahmen. *Polatin*, *Friedmann*, *Harris*, *Horwitz* machten bei 51 Kranken röntgenologische Nachuntersuchungen nach Cardiazolkrampfbehandlung. Sie stellten bei 22 Kranken Wirbelkörperveränderungen fest. In den meisten Fällen handelte es sich um leichte Infraktionen des oberen Wirbelkörperanteils. Bei einigen Kranken fanden sich Zusammenpressungen der Wirbelkörper auf etwa die halbe Höhe. In einer Anzahl der Fälle konnte eine mäßige Kyphose bzw. Skoliose nachgewiesen werden. Leider fehlen genauere klinische Angaben, die es gestatteten, sich ein genaueres Bild über den Einzelfall zu machen. Es fiel den Beobachtern auf, daß durchweg der thorakale Anteil der Wirbelsäule befallen war. Die Infraktionen traten stets mehrfach auf, meist wurden 3 bis 4 verletzte Wirbelkörper vorgefunden, jedoch schwankte die Zahl zwischen 1 bis 8 Wirbelkörpern. Die Beschwerden waren meist gering, häufig wurde über keinerlei Beschwerden geklagt. *B. T. Bennet* und *Fitzpatrik*, die 17 Kranke mit Rücken-

schmerzen untersuchten, fanden bei 8 Fällen mehr oder minder schwere Kompressionsfrakturen. Bis auf einen Fall waren es, wie aus den beigegebenen Röntgenbefunden hervorgeht, Deckplatteneinbrüche. Es fanden sich meist Unregelmäßigkeiten der oberen Platte des Wirbelkörpers. Nur bei einem Kranken fand sich eine Zusammenpressung des 10. Brustwirbelkörpers auf etwa die Hälfte. Einige Kranke klagten über leichte, unbestimmte Rückenschmerzen oder leichte Klopfempfindlichkeit der Wirbelsäule. Die Stärke der Beschwerden war nicht von dem Ausmaß der Schädigung abhängig. Vorwiegend waren D 6 und D 7 betroffen. *Hamsa* und *Bennet* berichten Fälle von Kompressionsfrakturen, die ebenfalls im mittleren Thorakalbereich aufgetreten waren. *Harald* und *Palmer* konnten bei 5 von 20 mit Cardiazol behandelten Kranken ähnliche Kompressionsfrakturen im Bereich der Wirbelsäule nachweisen. Bei 2 Kranken konnten anamnestisch frühere schwere Unfälle nachgewiesen werden.

Dedichen, der bei 6 von insgesamt 80 behandelten Kranken Wirbelsäulenschädigungen vorfand, sah bei 3 Fällen Zusammenpressung der Wirbelkörper. Leider fehlen Altersangaben der Kranken. Immerhin ist auffällig, daß bei 2 Kranken eine Osteoporose nachgewiesen werden konnte, die meist bei älteren Individuen vorgefunden wird. Stärkere Beschwerden fehlten.

Eine neuere Angabe stammt von *C. Schneider*, der bei röntgenologischer Nachuntersuchung Cardiazolbehandelter, die über Rückenschmerzen klagten, typische Deckplatteneinbrüche verschiedener Schwere fand. Sie lagen regelmäßig im 6. bis 7. Brustwirbelkörper.

Meine an der hiesigen Klinik vorgenommenen Nachuntersuchungen bestätigten die von anderen Autoren beschriebenen Wirbelkörperveränderungen.

Es wurden im ganzen 41 Kranke, die mit Cardiazol behandelt worden waren, nach Abschluß der Kur, röntgenologisch untersucht. Es wurde grundsätzlich jeder Kranke unabhängig davon, ob über Beschwerden geklagt wurde, einer Nachuntersuchung unterzogen. Während anfänglich die Aufnahmen frontal wie seitlich vorgenommen wurden, bevorzugte ich späterhin nur die seitlichen Aufnahmen, da diese durchweg ausreichende Bilder ergaben. Stets wurde jedoch die ganze Wirbelsäule aufgenommen. Von den Kranken waren 21 männlich, 20 weiblich. Das Alter schwankte zwischen 15 und 51 Jahren. Bei 8 Kranken fanden sich leichtere oder schwerere Veränderungen an der Wirbelsäule. Von diesen waren 5 männlich und 3 weiblich. Bei einem weiteren männlichen Individuum konnte eine Wirbelsäulenveränderung nicht ganz sicher ausgeschlossen werden.

Die Deutung der Röntgenbilder hatte Herr Dozent Dr. *Güntz* von der orthopädischen Klinik Frankfurt a. Main freundlicherweise übernommen, wofür ich ihm zu besonderem Dank verpflichtet bin.

In tabellarischer Übersicht stellen sich meine Ergebnisse folgendermaßen dar:

Tabelle 1

Kranke ohne Wirbelkörperschädigungen nach Cardiazolkrampf

A. Männliche Kranke

Nr.	Name	Alter	Diagnose	Schock-zahl	Röntgenbefund	Klagen
10	H. Ka.	19	Psychogener Stupor	4	o. B.	Keine
11	R. W.	21	Katatonie	14	o. B.	Keine
12	W. D.	24	Zwangspsychose	11	Leichte juv. Kyphose	Keine
13	H. Fr.	33	Expans. period. Konfabulose	6	o. B.	Keine
14	J. E.	33	Depr. Beziehungspsychose	8	o. B.	Keine
15	J. K.	36	Period. Angstpsychose	5	Athrosis C 7—D 1	Keine
16	W. J.	42	Katatonie	7	o. B.	Keine
17	A. V.	33	Angstpsychose	8	o. B.	Keine
18	G. D.	20	Hebephrenie	15	Lordotiker	Keine
19	W. H.	30	Paranoide Schizophrenie	7	Juvenile Kyphose	Keine
20	A. G.	21	Katatonie	3	o. B.	Keine
21	P. V.	29	Melancholie	2	o. B.	Keine
22	W. H.	16	Katatonie	2	Leichte juvenile Kyphose	Keine
23	P. H.	38	Motilitätspsychose	10	o. B.	Keine
24	E. B.	45	Katatonie	8	o. B.	Keine

B. Weibliche Kranke

Nr.	Name	Alter	Diagnose	Schock-zahl	Röntgenbefund	Klagen
25	F. B.	30	Motilitätspsychose	3	o. B.	Keine
26	M. H.	26	Katatonie	7	Juvenile Kyphose	Keine
27	G. Q.	43	Motilitätspsychose	10	Knorpelknötchen nach juveniler Kyphose	Keine
28	E. B.	38	Motilitätspsychose	11	Leichte Spondylosis def.	Keine
29	K. L.	21	Verworrene Manie	21	o. B.	Keine
30	I. P.	16	Motilitätspsychose	8	Hahnscher Kanal	Keine
31	M. K.	15	Verwirrtheitspsychose	15	Hahnscher Kanal	Oberarmlux.r.
32	K. S.	35	Katatonie	14	Spondylosis deformans	Keine
33	E. T.	39	Angstmelancholie	3	Spondylosis deformans	Keine
34	M. B.	46	Angstpsychose	4	Spondylosis deformans	Keine
35	E. K.	30	Motilitätspsychose	15	o. B.	Keine
36	M. M.	18	Manie	9	Juvenile Kyphose	Keine
37	H. S.	33	Phantasiophrenie	5	o. B.	Keine
38	P. S.	35	Angstpsychose	5	o. B.	Kieferlux.
39	B. W.	36	Progressive Halluzinose	15	o. B.	Keine
40	K. K.	34	Symptomatische Psychose	7	Spondylosis deformans	Keine
41	K. Ö.	19	Verworrene Manie	11	Hahnscher Kanal	Kieferlux.

Tabelle 2
Kranke mit Wirbelkörperschädigungen nach Cardiazolkrampf

A. Männliche Kranke

Nr.	Name	Alter	Diagnose	Schock-zahl	Röntgenbefund	Klagen
1	J. G.	36	Hypochondr. Depression	14	Kompression D 7	Schmerzen zw. d. Schultern
2	R. S.	51	Angstpsychose	15	D 6, 7, 10, L 2, 4 l. Osteoporose	Keine
3	H. K.	32	Period. Angst-psychose	7	D 4, 5, 6, 7, 8, 9 nicht sehr kalk-reich	Keine
4	H. W.	30	Katatonie	2	D 5? 6, 7, 8	Kreuzschmer-zen
5	H. Fe.	33	Katatonie	10	D 5, 6, 7	Keine
			B. Weibliche Kranke			
6	M. S.	31	Motilitätspsychose	3	D 4, 5, 7	Keine
7	E. M.	15	Verworrene Manie	6	D 5, 6, 7, 8	Keine
8	Ph. H.	39	Motilitätspsychose	13	D 7, 8	unbest. leichte Rücken-schmerzen
			C. Männlicher Kranker mit fraglicher Wirbelschädigung			
9	E. W.	31	Ratlose Bedeu-tungspsychose	7	D 5, 6, 8 verdäch-tig. — Juv. Ky-phose	Zwischenrip-penschmer-zen

Die Wirbelsäulenverletzungen der einzelnen Kranken seien genauer dargestellt.

I. Kompressionsfrakturen.

1. Fall: I. G. (hypochondrische Depression).

Ein 36jähriger Mann, bei dem 14 Cardiazolschocks vorgenommen wurden. Er klagte über ziehende Schmerzen zwischen den Schulterblättern. Bei der Untersuchung gab er starke Schmerzen bei passiver Rückwärtsbeugung an. Neurologisch fand sich kein krankhafter Befund.

Das Röntgenbild zeigte in der Seitenansicht eine mäßige Erniedrigung von D 7. Der Vorderrand des Wirbelkörpers erscheint unscharf und zusammengepreßt. Die obere und untere Deckplatte sind unscharf und leicht eingedrückt. Es findet sich das Bild einer leichten Kompressionsfraktur (vgl. Abb. 1).

2. Fall: R. S. (Angstpsychose).

Ein 51jähriger Mann, bei dem 15 Cardiazolschocks vorgenommen wurden. Außer einer gewissen Steifigkeit im gesamten Rücken gab er keine Beschwerden an. Die körperliche und neurologische Untersuchung ergaben keinen krankhaften Befund.

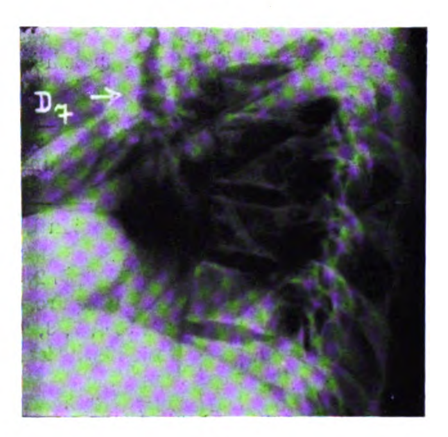


Abb. 1

Das Röntgenbild zeigt in der Seitenansicht eine Zusammenpressung von D 6 auf etwa die Hälfte. Bei D 7 erscheint die obere Deckplatte vielleicht etwas unscharf. D 10 zeigt eine deutliche Infraktion der oberen Deckplatte. Der zugehörige Zwischenwirbelraum ist verschmälert. Bei L 2 findet sich eine leichte Infraktion der oberen, bei L 4 eine solche der oberen wie der unteren Deckplatte. Im Bereich von D 6 findet sich eine deutlich vermehrte Kyphose der Wirbelsäule, die wahrscheinlich auf die Kompression von D 6 zurückzuführen ist.

Die Wirbelsäule zeigt im ganzen eine leichte Osteoporose (vgl. Abb. 2).

3. Fall: H. K. (Periodische Angstpsychose).

Ein 32jähriger Mann, bei dem 7 Cardiazolschocks vorgenommen wurden. Er gab keine Beschwerden an. Die körperliche und neurologische Untersuchung ergaben keinen krankhaften Befund.

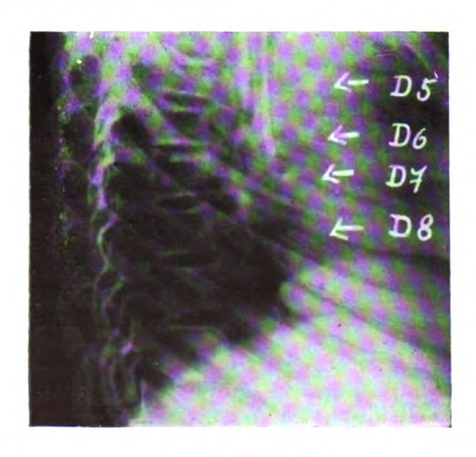


Abb. 2



Abb. 3

Die seitliche Röntgenaufnahme der Wirbelsäule zeigte leichte Kompressionsfrakturen der 5. bis 7. Brustwirbelkörper. Diese Wirbelkörper sind alle leicht erniedrigt. Bei D 8 und D 9 sind die oberen Deckplatten unscharf begrenzt und deutlich eingedrückt. Die Knochenstruktur ist im Bereich der Infraktionsstellen leicht verdichtet. Die Wirbelsäule ist im ganzen nicht sehr kalkreich (vgl. Abb. 3).

II. Deckplatteneinbrüche ohne deutliche Kompression der Wirbelkörper

4. Fall: H. W. (Katatonie).

Ein 30jähriger Mann, bei dem nur 2 Cardiazolschocks vorgenommen wurden. Er klagte über unbestimmte Kreuzschmerzen. Die körperliche und neurologische Untersuchung ergab keinen krankhaften Befund.

Die seitliche Röntgenaufnahme zeigt eine leichte Verdichtung und geringe Unschärfe der oberen Deckplatten bei D 6—8. Diese Wirbelkörper erscheinen im ganzen an ihrer Vorderseite eine Spur erniedrigt. Bei D 5 findet sich ein fraglicher Deckplatteneinbruch. Auf der vorderen Aufnahme sind die Ränder von D 6—7 ebenfalls etwas unscharf.

5. Fall: H. Fe. (Katatonie).

Ein 33jähriger Mann, bei dem 10 Cardiazolschocks vorgenommen wurden. Er klagte über Steifigkeit und leichte ziehende Schmerzen in der unteren Lendengegend. Die körperliche und neurologische Untersuchung ergab keinen krankhaften Befund. Es findet sich sowohl auf den seitlichen wie auf dem frontalen Röntgenbild der Wirbelsäule eine deutliche Verdichtung der Knochenstruktur der oberen Deckplatten bei D 5—7, die eine leichte Infraktion zeigen.

6. Fall: M. S. (Angstdepression).

Eine 31jährige Frau, die mit 3 Cardiazolschocks behandelt wurde. Sie klagte über keinerlei Beschwerden. Die körperliche und neurologische Untersuchung ergab keinen krankhaften Befund.

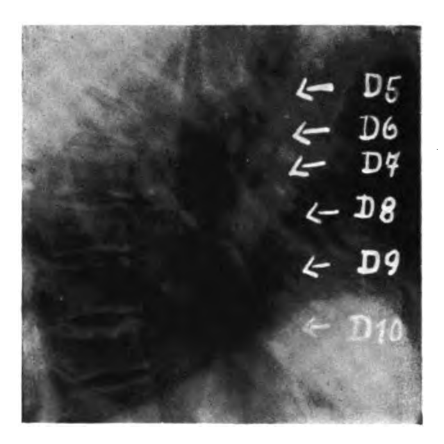


Abb. 4

Sowohl auf der frontalen wie auf der seitlichen Röntgenaufnahme der Wirbelsäule finden sich bei D 4, D 5, D 7 leichte obere Deckplatteneinbrüche mit Knochenverdichtungen. Der Wirbelkörper D 7 ist vielleicht eine Spur erniedrigt.

7. Fall: E. M. (Verworrene Manie).

Ein 15jähriges Mädchen, bei dem 6 Cardiazolschocks vorgenommen wurden. Beschwerden gab es nicht an. Die körperliche und neurologische Untersuchung ergab keinen krankhaften Befund.

Auf dem frontalen Röntgenbild der Wirbelsäule finden sich bei D 5—8 leichte Verdichtungen und Deckplatteneinbrüche. Bei D 7 ist ein kleiner Abbruch am vorderen oberen Rand des Wirbelkörpers erkennbar. D 6 und D 7 sind etwas erniedrigt. Die Wirbelkörperepiphysenscheiben sind mit dem Wirbelkörper noch nicht knöchern verwachsen. Es handelt sich um eine noch jugendliche Wirbelsäule (vgl. Abb. 4).

8. Fall: Ph. H. (Motilitätspsychose).

Eine 39jährige Frau, bei der 13 Cardiazolschocks vorgenommen wurden. Sie klagte über leichte unbestimmte Rückenschmerzen zwischen den Schulterblättern. Die körperliche und neurologische Untersuchung ergab keinen krankhaften Befund.

Auf der frontalen wie auf der seitlichen Röntgenaufnahme der Wirbelsäule finden sich bei D 8 eine deutliche Verdichtung und Abgrenzung der oberen Deckplatte, bei D 7 eine etwas unscharf begrenzte obere Deckplatte, die auf eine Schädigung verdächtig ist. Auf der seitlichen Aufnahme erscheint D 8 leicht erniedrigt.

III. Fragliche Wirbelkörperschädigung

9. Fall: E. W. (ratlose Bedeutungspsychose).

Ein 31jähriger Mann, bei dem 7 Cardiazolschocks vorgenommen wurden. Er klagte über leichte Zwischenrippenschmerzen in Höhe von D 9—10. Die

körperliche und neurologische Untersuchung ergab keinen krankhaften Befund. Sensibilitätsstörungen waren nicht nachweisbar.

Die frontale Röntgenaufnahme zeigt eine leichte rechts-konvexe Skoliose der oberen Brustwirbelsäule. Die linken seitlichen Ränder von D 6—8 sind vielleicht etwas unscharf. Bei der seitlichen Aufnahme sind die oberen Deckplatten von D 6 und D 7 vielleicht etwas unscharf. Das sonstige Bild der Wirbelsäule entspricht bei der scharfen Abgrenzung der oberen und unteren Deckplatten und dem Mangel an Verdichtungsherden mehr dem Bild einer juvenilen Kyphose.

Besprechung

Anamnestisch fand sich bei keinem dieser Kranken ein Anhalt für eine früher durchgemachte Wirbelsäulenerkrankung. Körperliche und neurologische Untersuchungen ergaben außer nicht näher bestimmbaren Rückenschmerzen, die, wie *Gerhardt* u. a. schon beschrieben haben, meist zwischen den Schulterblättern lokalisiert werden, keinen besonderen Befund.

Die Art der Wirbelsäulenschädigung war eine durchaus typische. Es fanden sich durchweg mehr oder minder schwere Deckplatteneinbrüche. Es waren vorwiegend, wie auch andere bereits beobachteten, der 5. bis 7. Brustwirbelkörper befallen. Meist waren es drei Wirbelkörper, die diese Veränderungen zeigten, jedoch schwankte die Zahl zwischen 2 bis 7 Wirbelkörpern. Das vornehmliche Befallensein des 5. bis 7. Brustwirbelkörpers, d. h. derjenigen Wirbelkörper, die in der stärksten Krümmung der Brustwirbelsäule liegen, gibt einen gewissen Hinweis auf die Entstehungsweise dieser Brüche.

Vergegenwärtigen wir uns den Ablauf eines Cardiazolkrampfes: Während oder kurz nach der intravenösen Injektion des Cardiazols kommt es oft zu einem kurzen Hustenstoß, der Kranke blickt dann ratlos und wie Hilfe suchend um sich. Gelegentlich vollführt er einige ziellos greifende Bewegungen. Bei einigen Kranken beobachtete ich im Anschluß daran Äußerungen, die auf sensorische Reizerscheinungen hinweisen. Die Kranken geben an, sie empfänden stinkende Gerüche, andere haben Farbeneindrücke, vorwiegend roter Qualität, andere wieder äußeren wahnhafte Inhalte. Diese Phase der sensorischen Reizerscheinungen dauert etwa 10 bis 20 Sekunden. Sie wird abgelöst von Erscheinungen, die mehr auf eine Beteiligung der vegetativen Zentren hinweisen. Die Kranken werden blaß, sie klagen über Übelkeit, werden unruhig, ein feines Zittern und Flattern der Gesichtsmuskulatur ist erkennbar. Die Pupillen werden weit und starr. Gelegentlich werden Angst und Vernichtungsgefühle geäußert. Diese Phase leitet nach

etwa 5 bis 10 Sekunden in die eigentliche Krampfphase des Anfalls über. Sie beginnt mit leichten klonischen Zuckungen der Gesichts- und Schultermuskulatur. Der anfänglichen Blässe weicht ein starkes Erröten mit Blutandrang zum Kopf, wobei es zu feinen petechienartigen Blutungen in die Augenbindehaut kommen kann. Nach wenigen Sekunden, meist 3 bis 5 Sekunden, kommt es zur allgemeinen tonischen Krampfphase. Sie beginnt fast regelmäßig mit einem weiten tonischen Öffnen des Mundes. Während sich der Mund wieder langsam schließt, steigert sich der tonische Spannungszustand der Muskulatur auf das Höchste. Meist beginnt der Anfall auf beiden Seiten zugleich. Doch habe ich in seltenen Fällen einen einseitigen Anfallsbeginn gesehen. Bei späteren Krampfauslösungen zeigten diese Kranken jedoch ebenfalls den beidseitigen Anfallsbeginn. Unter dem Einfluß der stärksten Anspannung der gesamten Muskulatur kommt es zu einer Abhebung der gestreckten Beine von der Unterlage. Der Rumpf ist leicht gebeugt, die Arme sind abgehoben und gestreckt, im ganzen einwärts rotiert. Die Hände stehen meist in Pfötchenstellung, die Gesamtstellung wird durch das Übergewicht der Streckermuskulatur geprägt. Die tonische Phase geht zum Schluß über in rhythmische klonische Zuckungen, die schnell unregelmäßiger und ungeordneter werden. Die Cyanose nimmt durch den Atemstillstand zu. Nach Aufhören der klonischen Zuckungen liegt der Kranke für etwa 5 Sekunden völlig regungslos und apnoisch da, dann setzt die Atmung mit einzelnen tiefen Zügen wieder ein, und der Kranke erwacht. Die Gesamtdauer des Anfalls wechselt bei dem einzelnen Fall sehr, selbst bei dem gleichen Kranken. Sie scheint nach meinen Beobachtungen neben andern nicht näher erfaßbaren Faktoren sehr von der Schnelligkeit der Injektion abzuhängen. So beobachtete ich, daß eine Kranke, bei der ich am vorvorigen Tage erst nach der 3. Injektion mit 10 ccm Cardiazol bei einer Injektionsgeschwindigkeit von 1 ccm/Sekunde (nach der Vorschrift von *Meduna*) einen Anfall auslöste, bereits mit 7 ccm Cardiazol bei einer Injektionsgeschwindigkeit von 1,5 ccm/Sekunde mit einem Anfall antwortete. Auch die Schnelligkeit des Krampfeintrittes scheint nach meinen Beobachtungen von der Schnelligkeit der Injektion des Cardiazols abzuhängen. Vielleicht ist die Plötzlichkeit des Krampfeintrittes von großem Einfluß auf das Auftreten der Wirbelkörperschädigungen, denn man wird bestimmt nicht fehlgehen, wenn man den Zeitpunkt der Frakturentstehung mit der tonischen Phase in Zusammenhang bringt. So berichtet *Wespi*, daß im Streckkrampf ein deutliches knöchernes Knacken zu hören war. Auch *C. Schneider* hörte das ominöse

Knacken in dem tonischen Stadium, als Zeichen der stattgefundenen Kompressionsfraktur. Hierdurch wird verständlich, daß die Zahl der vorgenommenen Krampfanfälle keinen Rückschluß auf die Häufigkeit der Wirbelkörperschädigung erlaubt. Auch *Bartstra* und *Wittermanns* bestätigen, daß, wenn eine erste Fraktur auftritt, dies nahezu immer während des ersten Schocks geschehe.

Die starke Zusammenziehung der Muskulatur führt zu einer Durchkrümmung der Wirbelsäule. Das größte Spannungsmoment muß sich dann am stärksten am Scheitelpunkt des Krümmungsbogens auswirken. Die Wirbelkörper werden zusammengepreßt, die zwischen den Wirbelkörpern liegenden Bandscheiben, die durch die umgebenden Längsbänder keine Möglichkeit zum Ausweichen haben, wirken mit großer Wucht auf die Deckplatten ein. Da diese nur eine lockere Knochenstruktur aufweisen, kann es zum Einbruch dieser Deckplatten kommen.

Die Beantwortung der Frage, ob die Entstehung dieser Brüche nur solche Wirbelsäulen trifft, die irgendwelche statischen oder funktionellen Fehler aufweisen, ist schwierig. *Östrem* glaubt, daß hormonale Abnormitäten oder ein fehlerhafter Stoffwechsel als Ursache angenommen werden könnten. Andere vermuten die Ursache in einer Kalkverarmung der Wirbelsäule. Eindeutige Angaben über solche Schädigungen werden nirgends beigebracht. Im Gegenteil wird immer wieder darauf hingewiesen, daß anfangs röntgenologisch sowie bei der körperlichen Untersuchung keine Veränderungen nachgewiesen werden konnten. *Wespi* weist ausdrücklich darauf hin, daß er weder makroskopisch noch mikroskopisch einen krankhaften Befund erheben konnte, der als Ausdruck einer erhöhten Frakturbereitschaft der Wirbelsäule hätte angesehen werden können. An sich sind auch solche Befunde nicht zu erwarten. Gerade die hohe Zahl — sind es doch etwa 20% unserer Kranken, die solche Wirbelschädigungen nach Cardiazolkrämpfen davon trugen, — zeigt, daß es sich hier um Einwirkungen handelt, denen auch eine normale Wirbelsäule nicht immer gewachsen ist. Weiter darf nicht übersehen werden, daß die Festigkeit des Knochens je nach Konstitution eine verschiedene ist, ohne daß es möglich wäre, eine näher bestimmbare Störung aufzuzeigen.

Bei der Durchsicht unserer Beobachtungen konnte in einem Fall neben dem Deckplatteneinbruch eine leichte Kalkverarmung, bei einem anderen eine ausgeheilte juvenile Kyphose festgestellt werden. Im übrigen fanden sich keinerlei Veränderungen der Statik und der Funktion der Wirbelsäule. Die Durchsicht der 32 nicht durch Cardiazolkrampf geschädigten Wirbelsäulen ergab nur in

17 Fällen völlig normale Wirbelsäulen. Auch *Kraus* und *Viersma* fanden bei ihren 51 Fällen nur 25 vollkommen normale Wirbelsäulen. Auch dies mag als Hinweis dienen, daß die menschliche Wirbelsäule auf der einen Seite wohl leicht verletzlich, auf der anderen Seite aber ein zu spontanen Heilungen neigendes Organ darstellt. Im einzelnen fanden sich bei 3 Kranken sog. Hahnsche Kanäle, bei 6 Kranken ausgeheilte juvenile Kyphosen, bei 5 Kranken spondylotische Veränderungen, bei einem Kranken fand sich eine erhöhte Lendenlordose mit kompensatorischer Brustkyphose. Diese vorgefundenen Veränderungen lassen einige interessante Schlußfolgerungen zu und sollen daher näher besprochen werden. Unter den Hahnschen Kanälen werden Gefäßkanäle verstanden, die bei Kindern normalerweise im seitlichen Röntgenbild als feine helle Streifen sichtbar sind. Mit Abschluß des Wachstums sind sie nicht mehr sichtbar, da sie von der dichter werdenden Spongiosa überdeckt werden. Sie sind gelegentlich nach *Junghanns* auch bei Erwachsenen sichtbar. *Junghanns* warnt davor, diese Kanäle als Wirbelfraktur zu verkennen. Auch bei unseren Wirbelsäulen handelte es sich mehrfach um Jugendliche, bei denen der Wachstumsvorgang noch nicht völlig abgeschlossen war. Es kommt daher diesem Befund keine Bedeutung zu.

Besondere Beachtung verdient das relativ häufige Vorkommen von juveniler Kyphose, bei der es sich nach *Scheuermann* um die Folge einer Verletzung der Wirbelkörperepiphyse handelt. *Müller* glaubt, daß eine durch endokrine Störungen hervorgerufene Osteoporose zu einer gewissen Bereitschaft führe. Auslösend seien schwere Arbeiten, die Jugendliche leisten müssen, oder starke Erschütterungen, die die Wirbelsäule treffen, wie z. B. Motorradfahren. Wird eine weitere schwere Belastung vermieden, so heilt die Einbruchstelle ohne wesentliche Funktionsbeeinträchtigung wieder aus. Es ist hier ein Beispiel gegeben, wie eine an sich nach heutiger Auffassung minderwertige Wirbelsäule, auf kleine Insulte mit reparativen Verstärkungen antwortet, die derart fest sind, daß diese Wirbelsäulen der Gewalteinwirkung, die durch den Cardiazolkrampf hervorgerufen wird, zu widerstehen vermögen.

Als letztes bleibt noch die Spondylosis deformans, eine Erkrankung, die bei allen Wirbelsäulen alternder Menschen in mehr oder minder starkem Ausmaß beobachtet wird. *Schmorl* sieht ihre Ursache in einer Verletzung oder einem Elastizitätsverlust des Bandscheibenapparates, wodurch es zur charakteristischen Randzackenbildung kommt. Eine stärkere Ausbildung findet sich erst jenseits des 50. Lebensjahres; sie geht meist auch mit einer Osteo-

porose einher. Bei den von uns beobachteten Fällen handelt es sich lediglich um Zeichen einer beginnenden Spondylosis deformans, bei denen sich keine sonstigen Wirbelveränderungen finden. Auch diese Erkrankung zeigt, wie ich früher dargelegt habe, die reparative Kraft der Wirbelsäule. Da sie durch den geschädigten Bandscheibenapparat ihre elastische Stabilität verloren hat, trachtet sie durch Ausbildung der Randzacken eine erhöhte knöcherne Stabilität zu erreichen.

Die obigen Betrachtungen lehren, daß sowohl die jugendliche wie die alternde Wirbelsäule in erhöhtem Maße verletzbar ist. Die erhöhte Verletzbarkeit der jugendlichen Wirbelsäule birgt die Gefahr der juvenilen Kyphose in sich, die alternde osteoporotisch veränderte Wirbelsäule neigt in erhöhtem Maße zu Kompressionsfrakturen. Der einzige Kranke, der sich jenseits des 50. Lebensjahres befand, zeigte bei nur leichter Osteoporose typische Deckplatteneinbrüche und eine Kompressionsfraktur bei D 6.

Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang, daß auch die normale ausgewachsene Wirbelsäule durch geringfügige Verletzungen zusammenbrechen kann. Leichte Schädigungen, wie verschiedene Beobachtungen zeigen, genügen, um Wirbelkörperbrüche hervorzurufen, so z. B. das sog. Butterwaagenspielen der Kinder (*Mull*), das Stoßen des fahrenden Autos (*Weiß*), einfache Turnübungen beim Militär (*Baldenius*). — Zit. nach *Junghanns*.

Ein interessanter Analogiefall zu den Schädigungen nach Cardiazolkrämpfen stellen die von *Chasin* zuerst beschriebenen Fälle von Wirbelbrüchen bei Tetanus dar. Auch hier kommt es bei völlig normalen Wirbelsäulen lediglich durch Muskelzug zu Wirbelfrakturen. *Chasin* konnte bei $^2/_3$ von 21 Tetanus-Fällen Wirbelveränderungen feststellen, die den bei Cardiazolschock beschriebenen Deckplatteneinbrüchen weitgehend ähneln. Sie beschränkten sich ebenfalls auf die Brustwirbelkörper, und zwar auf den 3. bis 9. Brustwirbel, vorwiegend jedoch auf den 4. bis 6. Brustwirbelkörper. Für die Entstehung dieser Frakturen gibt *Reddingius* folgende Erklärung: Durch die Zusammenziehung der am Brustbein und Rippenbogen befestigten Bauchmuskeln, die als Hebelarm wirken, wird die Wirbelsäule nach vorne gebogen. Dieser Beugung wirkt im unteren Brustteil der M. sacrospinalis entgegen, während im oberen und mittleren Anteil die Hebelwirkung der Bauchmuskulatur vermittels des Brustbeins voll ansetzt. *Kraus* und *Viersma* halten eine analoge Entstehungsweise der durch Cardiazol entstandenen Wirbelbrüche für wahrscheinlich.

Da der äußere Verlauf der epileptischen Krampfanfälle eine weitgehende Ähnlichkeit mit dem durch Cardiazol hervorgerufenen Anfall zeigt, fühlten sich die gleichen Autoren veranlaßt, auch bei Epileptikern röntgenologische Nachuntersuchungen vorzunehmen. Sie untersuchten 21 Kranke, die häufig Anfälle hatten oder gehabt hatten. Sie konnten jedoch nur an einem 51 jährigen Kranken bei D 11 eine sichere Kompressionsfraktur nachweisen. Bei einem 62 jährigen Manne mit einer osteoporotisch veränderten Wirbelsäule fanden sie bei D 6 bis D 8 leichte Veränderungen der Deckplatten. Auch wenn man die Möglichkeit sonstiger Unfallereignisse während des Anfalles — sei es ein Sturz im Anfall oder ein sonstiger Zufall — außer Acht läßt, so scheinen die Wirbelsäulenschädigungen im epileptischen Anfall doch viel seltener zu sein. Der wesentliche Unterschied zwischen beiden Anfallsformen ist wohl in der wesentlich stärkeren Ausprägung und längeren Dauer der tonischen Phase des Cardiazolkrampfes zu sehen. Auch scheint mir beim epileptischen Anfall das gleichzeitige Ergriffensein der gesamten Muskulatur wesentlich seltener zu sein. Vielleicht besteht eine besondere Eigenheit des Cardiazolkrampfes in der Mitbeteiligung der spinalen Zentren, wie diese *C. Schneider* in Analogie zum Tierexperiment annimmt. *C. Gutierres-Noriega* und *Rotondo* (zit. nach *Biehler*) fanden bei Kröten im Cardiazolversuch, daß Abtrennung des Thalamus sowie des Bulbus und der Protuberantia den Charakter der vorwiegend tonischen Krämpfe nicht ändern.

Auf die entscheidende Rolle der Muskelkraft bei der Verursachung der Wirbelschädigungen weist die Tatsache hin, die sich auch bei unseren Fällen bestätigte, daß etwa doppelt soviel männliche wie weibliche Individuen Wirbelschädigungen aufwiesen. Die gleiche Beobachtung machte *Östrem*, er fand bei 82 behandelten Männern 13, bei 88 behandelten Frauen 6 Wirbelkörperschädigungen. Der Verfasser hält es nicht für erwiesen, ob der Prozentsatz der Knochenverletzung nach Cardiazol überhaupt größer sei als der von Spontanverletzungen Nichtbehandelter. Dieser Zweifel geht aber zu weit; denn er würde besagen, daß bei den zahlreichen Wirbelsäulenbildern, die in den chirurgischen und orthopädischen Kliniken angefertigt werden, diese Verletzungen regelmäßig übersehen würden. Das scheint doch schwer vorstellbar. Ganz davon abgesehen, stellt ein Cardiazolkrampf eine Belastung der Wirbelsäule dar, wie sie unter normalen Lebensverhältnissen nicht gegeben ist.

Auch die Vermutung einiger Autoren, die vorgefundenen Schädigungen hätten bereits vorher bestanden und dürften gar nicht auf

den Cardiazolkrampf bezogen werden, konnte durch die Untersuchungen von *Bartstra* und *Wittermanns* entkräftet werden. Sie nahmen bei ihren Fällen vor Beginn der Cardiazolbehandlung eine Röntgenaufnahme vor. Bei allen Fällen wurden normale Bilder gefunden, während nach erfolgter Cardiazolbehandlung 7 von 20 Kranken Wirbelschädigungen zeigten. Ernstere Schädigungen fanden sie nie. Auch *Key* betont, er habe nie ernstere Folgen bei den Brüchen gesehen.

Untersuchungen über die Spätfolgen der oben beschriebenen Wirbelschädigungen fehlen noch. Sie sind auch vor Ablauf von 2 bis 3 Jahren nicht feststellbar. Immerhin bedarf es der Beachtung, daß bislang mehrere 1000 Kranke mit Cardiazol behandelt worden sind, ohne daß Folgeschäden bekannt geworden wären, die bei gröberen Veränderungen der Wirbelsäulen nicht entgangen sein könnten. Beachtung verdienen hierbei die Nachuntersuchungen von *Winterstein* und *Portmann* (zit. nach *C. Schneider*) an 18 Kranken, die z. T. erhebliche Wirbelsäulenschädigungen nach Tetanus-Krampf erlitten hatten. Die meisten Kranken waren fast völlig arbeitsfähig und beschwerdefrei. Dabei waren diese Wirbelkörperschädigungen z. T. wesentlich schwerer als die hier beschriebenen. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang, daß nach neueren Beobachtungen die Kompressionsfrakturen der Wirbelkörper zu den leichtesten Frakturen gehören (*Schanz* u. a.), und daß sie von dem Betroffenen unbemerkt bestehen und ausheilen können.

Zum Schluß sei noch kurz auf andere Zufälle bei der Cardiazolbehandlung hingewiesen. Schwere Unfälle wie Femur- und Beckenbrüche haben wir nie beobachtet[1]. Bei einer Kranken erfolgte eine Oberarmluxation, bei 2 anderen Kieferluxationen. Zu ernsteren Folgen führten diese Zufälle nicht. Ob die von Amerikanern u. a. eben erwähnten schweren Unfälle durch die Eigenheit der noch ungeklärten Muskelmechanik bedingt werden (*C. Schneider*) oder in der Art der Fixierung der Kranken liegen, läßt sich schwerlich entscheiden. *Palmer* vermutet, daß das bei den Amerikanern allgemein übliche Festhalten nicht ohne Einfluß auf die häufigere Frakturentstehung ist.

Wenngleich die Wirbelsäulenveränderungen nach Cardiazolkrampfbehandlung mit zu den häufigsten Schädigungen gehören, so erscheint mir jedoch weniger die Häufigkeit als die Geringfügigkeit der Veränderungen an den Wirbel-

[1]) Nach Angaben von *Schmieder* kam es bei 1600 Cardiazolbehandlungen, also etwa 20000 Krämpfen, nur in 12 Fällen zu Frakturen.

körpern als das Wesentliche. Sie führen, soweit es bis jetzt überschaubar ist, zu keiner ernsteren Folgeschädigung. Sie stellen keine wesentlichen Bedenken gegen die Cardiazolkrampfbehandlung dar. Dies darf jedoch nicht dazu führen, nicht auf Wege zu sinnen, die die beobachteten Komplikationen verhindern sollen. Die angegebenen Methoden, wie sie insbesondere von amerikanischer Seite herrühren, erscheinen entweder zu umständlich oder zwecklos. *Palmer*, *Hamsa* und *A. E. Bennet* lähmten die motorischen Spinalzentren durch vorherige Spinalanästhesie, ein Verfahren, das wohl die praktische Druchführung einer Schockserie unmöglich macht. *Polatin* und seine Mitarbeiter schlagen vor, den Anfall in Seitenlage ablaufen zu lassen. Sie beabsichtigen dadurch, die plötzliche Beugung der Wirbelsäule zu verhindern. Aus ähnlichen Gedankengängen schlägt *Dedichen* vor, um die Brustkrümmung zu berichtigen, ein zusammengefaltetes Tuch zwischen die Schulterblätter zu legen. All diese und ähnliche Verfahren erscheinen erfolglos, da die Ansatzpunkte und Zugwirkung der Muskulatur durch ihre anatomische Lage fest gegeben sind und durch Lagerung nicht verändert werden können. Uns hat sich die Lagerung des Kranken auf eine flache und nicht zu harte Unterlage am zweckmäßigsten erwiesen. Auch vermeiden wir es, durch aktive Fixierung den Ablauf des Anfalls irgendwie zu beeinflussen.

Zusammenfassung

1. Es wird bei 8 von 41 Fällen (19,5%) über Wirbelkörperveränderungen nach Cardiazolschockbehandlung berichtet.

2. Es handelt sich vorwiegend um Deckplatteneinbrüche, die nach Art und Lokalisation den Wirbelkörperveränderungen bei infektiösem Tetanus sehr ähnlich sind.

3. Sie entstehen durch Muskelzug in der tonischen Phase des Krampfanfalls.

4. Diese Wirbelkörperveränderungen stellen keine Gegenanzeige gegen eine notwendige Cardiazolbehandlung dar.

5. Bei Klagen unbestimmter Art im Rücken muß jedoch eine Röntgenaufnahme gefordert werden.

6. Die Vornahme einer Cardiazolkrampfbehandlung ist nicht angezeigt:

a) Bei Jugendlichen unter 18 Jahren, da bei diesen eine erhöhte Schädigungsbereitschaft der Wirbelsäule auf Erschütterung aller Art besteht.

b) Bei Patienten über 50 Jahren wegen der erhöhten Brüchigkeit der alternden Wirbelsäule.

c) Bei solchen Patienten, die an einer zehrenden Krankheit leiden oder gelitten haben oder die länger als ½ Jahr bettlägerig gewesen sind.

d) Bei allen gröberen statischen und funktionellen Schädigungen der Wirbelsäule, wie z. B. Kyphoskoliosen, ausgeprägten spondylitischen Veränderungen, alten Kompressionsfrakturen nach Trauma, Tuberkulose u. ä.

Literaturnachweis

Bartstra, *H. K.* und *Wittermanns*, *A. W.*, Dtsch. Z. Nervheilk. 150 (1940). — *Bennet*, *T.* und *Fitzpatrik*, I. A. M. A. 112 (1939). — *Biehler*, *W.*, Zur Phänomonologie und Pharmakologie des Cardiazolkrampfanfalles, Habilitations-Arbeit, Ffm 1939. Allg. Z. f. Psychiatrie, 1940. — *Chasin*, *A.*, Fortschr. Röntgenstr. 45 (1932). — *Dedichen*, *H. L.*, Nordisk Medicin 3 (1939). — *Gasparini*, *J.*, Ras. d. St. Psich. 28 (1939). — *Gerhardt*, *M.*, Allg. Z. Psychiatrie 109 (1938). — *Hamsa* und *Bennett*, *A. E.*, J. A. M. A. 112 (1939). — *Kraus*, *G.* und *Viersma*, *H.*, Ned Tijd. v. Gen. (1939). — *Müller*, *M.*, Fortschr. Neur. u. Psychiatrie (1939). — *Östrem*, Nord. Med. 3 (1939). — *Palmer*, *H.*, The Lancet 1939. — *Polatin*, *Friedmann*, *Harris* und *Horwitz*, J. A. M. A. 112 (1939). — *Reddingius*, Ned. Tijd v. Gen. 1937. — *Schanz*, *A.*, Arch. klin. Chirurg. 163 (1930). — *Scheuermann*, Z. orth. Chir. 41. — *Schmieder*, *F.*, Allg. Z. Psychiatrie 113 (1939). — *Schmorl*, *G.*, Arch. orth. Chir. 29. — *Schmorl* und *Junghanns*, Die gesunde und kranke Wirbelsäule im Röntgenbild, Leipzig 1932. — *Schneider*, *C.*, Behandlung und Verhütung der Geisteskrankheiten, Berlin 1939. — *Tureen*, *L.* und *Key*, *A.*, Weekl. Bull. St. Louis Med. Soc. 24 (1939). — *Valsö*, *J.*, Kli. Wochschr. 18 (1939). — *Wespi*, *H.*, Schweiz. Arch. Neur. u. Psychiatrie 42 (1938). — *Wolf*, *R.*, Über die Beziehungen der Spondylosis deformans zur Statik und Funktion der Wirbelsäule, Inaug. Diss. Freiburg 1937.

Die Erfassung der Lungentuberkulose in Heil- und Pflegeanstalten

Von

Prov. Med. Rat Dr. **Heinrich Stolze**

Warstein/Sauerland

(Eingegangen am 11. November 1940)

Zu meinen Ausführungen unter obiger Überschrift in Heft 3/4 Bd. 116 dieser Zeitschrift bringe ich, einer Anregung folgend, die ich Herrn Obermedizinalrat Dr. *Schottky* in Hildburghausen verdanke, nachfolgende Ergänzungen.

Wenn ich in meiner Arbeit für die Durchführung der Tuberkulosebekämpfung in den Anstalten das Vorhandensein eines leistungsfähigen Röntgenapparates voraussetze, so muß dem entgegengehalten werden, daß manche Anstalten aus den verschiedensten Gründen über einen derartigen Apparat nicht verfügen und auch in absehbarer Zeit — insbesondere unter Berücksichtigung der durch den Krieg bedingten Schwierigkeiten — nicht in der Lage sein werden, sich einen derartigen Apparat zu beschaffen. In einer auch von mir zitierten Arbeit „Zur Bekämpfung der Lungentuberkulose in Anstalten", die im März dieses Jahres in der Zeitschrift „Der öffentliche Gesundheitsdienst" erschien, hat *Schottky* vorgeschlagen, die Durchleuchtung in solchen Fällen mit Hilfe eines fahrbaren, an die Lichtleitung anzuschließenden Apparates vornehmen zu lassen, wie es in der Anstalt Hildburghausen durch die für den Kreis zuständige Tuberkulosefürsorgestelle geschieht, eine Anregung, deren Befolgung den Anstalten ohne Röntgenapparat nur empfohlen werden kann.

Ein anderer Weg, den in letzter Zeit zwei westfälische Anstalten beschritten haben, ist der, bei der Schirmbildaufnahme der Gesamtbevölkerung (wie sie im Gau Westfalen-Süd zurzeit durchgeführt wird) auch die sämtlichen Anstaltsinsassen mit dem Schirmbildgerät aufzunehmen. Das Verfahren hat nur den großen Nachteil, daß es wenigstens vorläufig nicht so oft wiederholt

werden kann, wie es für die Erfassung der Tuberkulose in den Anstalten nach unseren Erfahrungen erforderlich ist.

Darüber hinaus kommen aber in den letzten Jahren in zunehmendem Maße billige und einfach zu bedienende Röntgenapparate in den Handel. Ich erwähne nur die Siemensche „Röntgenkugel" nach Professor Dr. Koester, bei deren Konstruktion in erster Linie an die Schaffung eines Röntgenapparates für den praktischen Arzt gedacht wurde, die bei einfachster Bedienung allen Ansprüchen der Lungen- und Knochendiagnostik genügt, die in ihren Anschaffungskosten auch so niedrig gehalten ist, daß nach und nach unsere sämtlichen Anstalten sie sich würden beschaffen können. Und schließlich ist ja in einer modernen Anstalt ein Röntgenapparat nicht nur für die Zwecke der Lungendurchleuchtung erforderlich, er ist — denken wir nur an unsere erbbiologischen Aufgaben, an die Begutachtungen für die Erbgesundheitsgerichte usw. — in vielen Fällen zur diagnostischen Klärung der Frage, ob angeborener oder erworbener Schwachsinn bzw. Fallsucht vorliegt, dann aber auch bei der diagnostischen Klärung von Hirntumoren usw. nicht zu entbehren.

Bis aber der anzustrebende Idealzustand — Vorhandensein eines Röntgenapparates in jeder Anstalt — erreicht ist, dürfte der Weg, den uns *Schottky* gewiesen hat, der einzige sein, auf dem auch die Anstalten ohne Röntgenapparat die Tuberkuloseerfassung und damit -Bekämpfung wirksam durchführen können.

Nachtrag bei der Korrektur.

Nachträglich bekomme ich noch Kenntnis von den Bemerkungen *Aschenbrenners* zu meiner Arbeit. Ein Teil seiner Beanstandungen ist durch die obigen Ausführungen schon beantwortet.

Was die Blutsenkungsreaktion angeht, so gibt auch *Aschenbrenner* zu, daß sie nicht in allen Fällen von Tuberkulose beschleunigt ist, daß durch diese Untersuchungsmethode allein die Tuberkulose nicht 100%ig erfaßt werden kann. (Der Vergleich mit der Wassermannschen Reaktion hinkt insofern, als wir etwas Vollkommeneres für die Diagnose der Lues zur Zeit noch nicht haben, also auf die Wassermannsche Reaktion angewiesen sind, bei der Diagnostik der Lungentuberkulose steht uns aber etwas wesentlich Vollkommeneres als die Blutsenkungsreaktion zur Verfügung.) Er weist dann noch darauf hin, daß methodische Mängel in der Ausführung dieser Reaktion das zweifellos vorhandene, nach seiner und anderer Autoren Ansicht aber geringgradige „Versagen" noch verstärken können. Dieser Unsicherheitsfaktor hängt m. E. in

seinem Ausmaß von der Zuverlässigkeit der Laborantin und der ärztlichen Kontrolle der Laboratoriumsarbeiten ab, kann also ausgeschaltet werden. Jedenfalls glaube ich nicht, daß unsere an Zahl höheren Versager der Blutsenkungsreaktion bei Tuberkulösen auf methodische Mängel zurückzuführen sind, da unser Laboratorium seit Einführung der Blutsenkung in die Diagnostik fast täglich Blutsenkungen kontrolliert und der ständigen Aufsicht eines in Laboratoriumsarbeiten besonders erfahrenen Arztes untersteht. Aber selbst nur die geringen Zahlen von 4—6% Versager zugegeben — und andere Untersuchungen ergeben wesentlich höhere Zahlen — würde das bei der bisher durch unsere Tuberkuloseabteilung gegangenen Zahl von Patienten etwa 25—35 nicht erfaßte aktive Tuberkulosen bedeuten, und eine derartige Zahl ließe sich mit dem Urteil „recht selten“ nicht mehr in Einklang bringen.

Aschenbrenner selbst greift nun auf die Röntgenkontrolle zurück, indem er die Patienten mit erhöhter Senkung nach Ausschluß aller anderen Ursachen für diesen Senkungsbefund einer genauen Kontrolle und röntgenologischen Untersuchung unterzieht. Warum aber soll man nur eine — zugegebenermaßen in ihrer Vollständigkeit recht problematische — Auslese von Patienten durchleuchten, wenn man mit der Durchleuchtung der gesamten Belegschaft eine größere Sicherheit für die vollkommene Erfassung der Tuberkulose hat, und wenn diese Gesamtdurchleuchtung neben ihrer größeren Sicherheit nach unseren Erfahrungen auch noch den Vorteil hat, daß sie weniger Zeit in Anspruch nimmt und auch keine großen Schwierigkeiten von Seiten der Patienten macht? Jedenfalls ist es bei geschultem Pflegepersonal einem im Umgang mit Geisteskranken erfahrenen Arzt möglich, jeden Patienten mit ganz verschwindenden Ausnahmen zu durchleuchten. Ich habe unter bislang rund 4000 Durchleuchtungen nur in 4 Fällen wegen des unzweckmäßigen Verhaltens der Patienten von der Durchleuchtung Abstand nehmen müssen.

Daß *Aschenbrenner* seit der Auslese der Tuberkulösen durch die Blutsenkungskontrolle auf dem Sektionstisch keine Überraschungen mehr in Form einer weit fortgeschrittenen Tuberkulose erlebt hat, ist durchaus verständlich. Denn die schweren Fälle von Tuberkulose, die bald zum Exitus führen, fallen dem gewissenhaften Arzt und dem erfahrenen Pfleger in den weitaus meisten Fällen auch so auf, ohne daß erst eine Blutsenkungs- oder Röntgenkontrolle nötig wäre. Übersehen aber wird bei *Aschenbrenner*s Methode ein Teil der beginnenden Fälle, bei denen die Senkung noch nicht wesentlich beschleunigt ist, die prognostisch noch günstig sind, die aber, wenn

sie übersehen werden, nach kürzerer oder längerer Zeit sich verschlimmern und dann zwar durch die erneute Kontrolle der Blutsenkung mit großer Wahrscheinlichkeit erfaßt werden, aber erst, wenn es für die Therapie zu spät ist und wenn sie Gelegenheit gehabt haben, in ihrer Umgebung neue Infektionen zu setzen, die dann ihrerseits auch wieder zu spät erfaßt werden. Die Blutsenkung ist sicherlich in ihrer immer wiederholten Kontrolle ein für die Prognose sehr wertvoller Gradmesser. Für die 100%ige Erfassung der Tuberkulose — und das gibt ja *Aschenbrenner* auch zu — reicht sie nicht aus. Das leistet eben nur die Röntgendurchleuchtung, und, wie ich oben ausgeführt habe, gibt es für alle Anstalten die Möglichkeit, sie durchzuführen, auch wenn ein eigener Röntgenapparat noch nicht zur Verfügung stehen sollte.

Nun noch zur Frage der beratenden Mitarbeit durch einen Lungenfacharzt. Wenn heute jedes staatliche oder kommunale Gesundheitsamt Tuberkulosefürsorge treibt, dann ist der für diese Fürsorge verantwortliche und in der Lungendiagnostik erfahrene Arzt sicher dafür zu gewinnen, die von den Anstaltsärzten röntgenologisch erfaßte Auslese der Tuberkuloseverdächtigen nachzuuntersuchen, wie ja andererseits die Anstaltsärzte im psychiatrischen Außendienst die ständigen fachärztlichen Berater der Amtsärzte in allen Fragen der Beurteilung der einschlägigen Erbkrankheiten geworden sind. Mit der Mitarbeit eines Facharztes steht und fällt m. E. die Tuberkuloseerfassung und mehr noch die Tuberkulosetherapie, ohne die die Erfassung sowieso nur eine halbe Sache ist.

Ich weiß, daß die Durchführung der von mir aufgestellten Grundsätze für die Erfassung der Tuberkulösen in den Anstalten für manche Anstalten mit einigen Schwierigkeiten verbunden ist. Aber man darf diesen Schwierigkeiten nicht ausweichen oder sich damit zufrieden geben, daß sie angeblich nicht zu überwinden sind. Sie müssen im Interesse der Sache überwunden werden. Und sie können überwunden werden.

Blutsenkungsreaktion und Lungentuberkulose in Heilanstalten

(Bemerkungen zu der Arbeit „Die Erfassung der Lungentuberkulose in Heil- und Pflegeanstalten" von *H. Stolze.*)

Von

A. Aschenbrenner

Aus den Thüring. Landesheilanstalten Stadtroda. Direktor: Dozent Dr. med. et phil. *G. Kloos.*)

(Eingegangen am 21. November 1940)

Kürzlich erschien in dieser Zeitschrift eine Arbeit von *Stolze*, die sich auch mit dem Wert der Blutsenkungsreaktion für die Erkennung von offenen Lungentuberkulosen in Heil- und Pflegeanstalten befaßt. Da darin eine Veröffentlichung von mir nicht vollkommen sachlich zitiert wird, sehe ich mich veranlaßt, zu dieser Frage noch einmal Stellung zu nehmen.

Stolze prüfte an 125 Fällen von aktiver Lungentuberkulose die Senkungsreaktion und fand, daß diese bei einer Anzahl derselben normale Werte ergab. Daraus schließt er, daß der Wert dieser Reaktion für die Erkennung von Lungentuberkulosen in Heilanstalten sehr problematisch sei. Zu den gleichen Ergebnissen wie er kamen auch einige andere Autoren. Es ist nun eine längst bekannte Tatsache, daß die Senkungsreaktion nicht in allen Fällen von Tuberkulose beschleunigt ist. Auch von mir wurde darauf eindeutig hingewiesen. Es fragt sich lediglich, wie oft diese „Fehlergebnisse" aufzutreten pflegen. Dabei kommen manche Untersucher zu ganz anderen Ergebnissen als *Stolze* und die von ihm zitierten Autoren. So fand z. B. *Klemm* unter mehr als 1800 Fällen von aktiver Tuberkulose nur bei 4,3% der Männer und bei 0,4% der Frauen eine normale oder verlangsamte Blutsenkung. *Sopp* bemerkte die gleiche Erscheinung in 6,6% seiner Fälle, also auch recht selten. Man sieht, daß die Meinungen über den Wert der Senkungsreaktion noch durchaus verschieden sind, wenn auch alle Autoren zugeben, daß durch diese Untersuchungsmethode allein die Tuberkulose nicht 100%ig erfaßt werden kann. Aber welche biologische Reaktion

arbeitet mit absoluter Sicherheit, wenn es gilt, ein Leiden durch sie zu erfassen? Wenn wir diese Forderung aufstellen wollten, dann müßten wir auch auf die Wassermann'sche Reaktion verzichten, was doch sicherlich niemandem einfallen würde.

Doch woher rühren nun diese Unterschiede in den Ergebnissen der einzelnen Untersucher? Vielleicht liegen sie darin, daß das Material ein verschiedenes ist, worauf erst kürzlich *Schulte-Tigges* hinwies. Man kann sich gut vorstellen, daß es nicht gleichgültig ist, ob man die Senkung bei einer frischen Tuberkulose prüft oder bei einer, bei der schon irgendwelche Behandlungsverfahren angewandt wurden. Auch eine Lues kann nach einer geeigneten Behandlung seronegativ werden und nach Jahren in Form einer Paralyse wiedererstehen, wodurch bewiesen ist, daß sie nicht ausgeheilt war. Der Unterschied ist nur der, daß wir bei der Lues ein weiteres Fortschreiten der Erkrankung zunächst nicht nachweisen können, während uns dies bei der Tuberkulose mit Hilfe der Röntgenstrahlen gelingt. Dabei will es mir scheinen, als ob vielleicht auch mancherorts methodische Mängel an dem „Versagen" der Blutsenkungsreaktion die Schuld tragen, denn diese ist gar nicht so einfach, wie sie auf den ersten Blick erscheinen möchte. Es sei dabei lediglich auf die Untersuchungen von *Lotze* hingewiesen, der gefunden hat, daß die Reaktion nach Gaben von Pyramidon und ähnlichen Arzneimitteln noch am nächsten Tage manchmal um nahezu 10 mm verzögert ist. Wie leicht kann lediglich unter Nichtbeachtung dieses Umstandes eine erhöhte Senkungsreaktion zu einer normalen werden! Wenn man bedenkt, daß gerade in Heilanstalten die Kranken vielfach unter der Wirkung mehr oder weniger erheblicher Mengen von Mitteln stehen, denn wundert man sich weniger darüber, daß dort manche Tuberkulosen nicht beschleunigt senken.

Allein diese Überlegungen haben für uns lediglich theoretische Bedeutung. Für uns dreht es sich darum, einen gangbaren Weg zu finden, auf dem es möglich ist, möglichst alle Tuberkulosen in Heilanstalten zu erfassen. *Stolze* schlägt dabei vor, alle Anstaltsinsassen einer laufenden Röntgenkontrolle zu unterziehen. Es kann nicht bestritten werden, daß dies natürlich der Idealfall wäre, wie auch ich bereits früher betonte, was *Stolze* offenbar übersehen hat. In Wirklichkeit liegen die Verhältnisse aber so, daß es eben nicht möglich ist, jeden Geisteskranken in einer Anstalt vor den Röntgenapparat zu bekommen und ihn von einem Facharzt röntgen zu lassen, wie das *Stolze* vorschlägt. Sehr oft scheitert dieser Versuch wohl schon an dem Verhalten des Kranken selbst, der durch seine

Unruhe eine genaue Röntgendurchleuchtung unmöglich macht. Viel schwerwiegender ist jedoch, daß viele Anstalten überhaupt keinen Röntgenapparat besitzen und nur ganz verschwindend wenige einen Lungenfacharzt zur Verfügung haben. Was nützen uns also Vorschläge, die theoretisch zwar sehr gut sind, aber in der Praxis meist nicht oder mindestens nicht in absehbarer Zeit durchzuführen sind. Ich kann nicht glauben, daß wir in nächster Zeit in jeder Anstalt einen Röntgenapparat und einen Lungenfacharzt zur Verfügung haben werden. Solange dies jedoch nicht der Fall ist, müssen wir uns nach einer anderen Methode umsehen, die es uns ermöglicht, unser Pflegepersonal und unsere Kranken vor einer Ansteckung mit Tuberkulose soweit als möglich zu schützen. Eine solche Notlösung erscheint mir nach wie vor in der regelmäßigen Senkungskontrolle der Kranken gegeben, natürlich in Verbindung mit der Gewichtskurve und den anderen Methoden, die ich in meiner vorigen Arbeit aufzählte. Uns hat sich dieses Vorgehen jedenfalls bewährt, denn seit wir es eingeführt haben, haben wir auf dem Sektionstisch niemals mehr eine Überraschung in Form einer weit fortgeschrittenen Lungentuberkulose erlebt, wie das früher immerhin gelegentlich vorkam.

Es geht jedenfalls nicht an, wie das *Stolze* tut, eine Untersuchungsmethode abzulehnen, ohne auf die Gründe einzugehen, die zu ihrer Wahl führten, und sie durch eine andere zu ersetzen, die jedoch in der Praxis wohl kaum (oder doch nicht allgemein) durchzuführen ist.

Schrifttum

1. *Aschenbrenner*, Psychiatr. neur. Wschr. **1939**, 515. — 2. *Klemm*, Dtsch. Tbk. bl. **12**, 188 (1938). — 3. *Lotze*, Beitr. Klin. Tbk. **85**, 275 (1934). — 4. *Schulte-Tigges*, Zbl. Tbk. **52**, 257 (1940). — 5. *Sopp*, Beitr. Klin. Tbk. **87**, 86 (1935). — 6. *Stolze*, Allg. Z. Psychiatr. **116**, 438 (1940).

Psychiatrische und kriminalbiologische Fragen bei der Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt nach § 42b und c des Strafgesetzbuches

Mit einem Überblick über die bis zum 1. 3. 1940 in Hildburghausen untergebrachten Kriminellen

Von

Johannes Schottky

(Aus der Thür. Landes-Heil- und Pflegeanstalt Hildburghausen,
Direktor: Obermedizinalrat Dr. *J. Schottky*).

(Eingegangen am 19. Juli 1940)

Inhalt.

A. Allgemeines.

Die vorbeugende Verbrechensbekämpfung erfaßt heute auch diejenigen Rechtsbrecher, welche wegen Schwachsinns, Psychopathie oder Geisteskrankheit den Schutz der verminderten Zurechnungsfähigkeit oder der Unzurechnungsfähigkeit nach § 51 Absatz 1 oder 2 des Strafgesetzbuches bei Zuteilung des Strafmaßes und bei der Anwendung von Sicherungsmaßnahmen genießen. Dasselbe gilt für Süchtige.

In dieser Arbeit sollen die Verhältnisse näher untersucht werden, die dadurch für die Heil- und Pflegeanstalten geschaffen worden sind, und zwar an Hand des Materials der hiesigen Anstalt. Denn fraglos können die Folgen des neuen Gesetzes — abgesehen von der Senkung der Kriminalität außerhalb der Anstalt — am ehesten und besten dort übersehen, etwaige Folgerungen und Verbesserungsvorschläge am leichtesten dort abgeleitet werden, wo sich die Untergebrachten nun Jahr um Jahr in fortgesetzter Beobachtung und Behandlung befinden, nämlich in den Heil- und Pflegeanstalten. Nur die besondere Lage und Berufsstellung der Anstaltsärzte und ihre öfters beklagte berufliche Vereinzelung dürften bisher die Bekanntgabe zahlreicher inzwischen mit dem Gesetz gemachter Erfahrungen verhindert haben. Die Kenntnis davon dringt oft nur bis zur nächst höheren Verwaltungsstelle, und eine amtliche Zentralstelle für das Anstaltswesen gibt es trotz seiner großen Bedeutung bisher leider im Reiche noch nicht.

Tatsächlich sind die Heil- und Pflegeanstalten — im folgenden kurz als Heilanstalten bezeichnet — durch dieses neue, von Strafrechtlern wie Kriminalbiologen und Psychiatern einhellig begrüßte Gesetz in eine schwierige Lage gekommen. Noch 1923 hat der Deutsche Verein für Psychiatrie die Heil- und Pflegeanstalten als gänzlich ungeeignet für die Unterbringung vermindert zurechnungsfähiger Krimineller erklärt, und nach Einführung des Gesetzes haben verschiedene fachverständige Beurteiler aus den bisher gemachten Erfahrungen heraus auf die Gefahren für die Heilanstalten hingewiesen. *Meggendorfer* sieht zwar mit Recht in der heute durch das Gesetz bedingten viel häufigeren Unterbringung dieser Kriminellen einen gewaltigen Vorteil im Interesse der öffentlichen Sicherheit, und dieser Gesichtspunkt ist es auch, der allgemein von den Bearbeitern in den Vordergrund gestellt wird. Es fragt sich nur, inwieweit und wodurch der durch das Gesetz neu geschaffene Zustand bereits heute für die Anstalten schwierig ist und vor allem, ob er bei weiter fortschreitender Anhäufung der untergebrachten Kriminellen in Zukunft überhaupt noch tragbar

sein wird. Denn die segensreiche Ausscheidung dieser Persönlichkeiten aus der freien Volksgemeinschaft verlangt noch nicht unbedingt die Unterbringung in den Heil- und Pflegeanstalten. Diese könnte vielmehr auch, wenigstens für einen Teil der Untergebrachten, an anderer Stelle erfolgen.

Der § 42 b des StGB. im „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßnahmen der Sicherung und Besserung vom 24. 11. 33" besagt:

„Hat jemand eine mit Strafe bedrohte Handlung im Zustande der Zurechnungsunfähigkeit oder der verminderten Zurechnungsfähigkeit begangen, so ordnet das Gericht seine Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt an, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert. Dies gilt nicht bei Übertretungen.

Bei vermindert Zurechnungsfähigen tritt die Unterbringung neben die Strafe."

Im allgemeinen wird die Strafe vor der Unterbringung verbüßt. Doch kann nach § 456 b

„die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt, Trinkerheilanstalt oder Entziehungsanstalt ganz oder teilweise vor der Freiheitsstrafe vollzogen werden".

Dies kann in den Fällen wesentlich sein, in denen etwa Bedenken hinsichtlich der Haftfähigkeit bestehen.

Die Frage der erheblich verminderten Zurechnungsfähigkeit ist bekanntlich durch die veränderte Fassung der §§ 51 und 58 StGB. (letzterer für Taubstumme) im Jahre 1933 neu geregelt worden.

Bei Trinkern kann nach § 42 c StGB. die Unterbringung in einer Trinkerheil- oder Entziehungsanstalt neben der Strafe angeordnet werden. Das Gesetz sagt:

„Wird jemand, der gewohnheitsmäßig im Übermaß geistige Getränke oder andere berauschende Mittel zu sich nimmt, wegen eines Verbrechens oder Vergehens, das er im Rausch begangen hat, oder das mit einer solchen Gewohnheit in ursächlichem Zusammenhang steht, oder wegen Volltrunkenheit (§ 330 a) zu einer Strafe verurteilt und ist seine Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt oder einer Entziehungsanstalt erforderlich, um ihn an eine gesetzmäßiges und geordnetes Leben zu gewöhnen, so ordnet das Gericht neben der Strafe die Unterbringung an".

Für die verhältnismäßig wenigen Trinkerheilanstalten mit ihrer größeren Freiheit gegenüber den Heilanstalten befürchtet *Meggendorfer* besonders ungünstige Wirkungen bei der zu erwartenden starken Anhäufung krimineller Trunksüchtiger in ihnen. Jedoch können als Trinkerheilanstalten im Sinne des Gesetzes offenbar auch die üblichen Heil- und Pflegeanstalten angesehen werden. In der hiesigen Anstalt sind wiederholt Trinker nach § 42 c untergebracht worden.

Bei einer Unterbringung nach § 45b wird, wie aus dem Text des Gesetzes hervorgeht, die öffentliche Sicherheit als Zweck angegeben, bei Unterbringung nach § 42c dagegen ausdrücklich die Besserung des untergebrachten Trinkers. Ein wesentlicher Unterschied!

Die Durchführung des Gesetzes bringt es mit sich, daß zunehmend kriminell gewordene Personen in die Heil- und Pflegeanstalten kommen und hier festgehalten werden müssen, entweder — bei den nach § 42b Untergebrachten — solange der Zweck der Unterbringung noch nicht erreicht ist, oder — bei den nach § 42c untergebrachten Trinkern — bis zur Höchstdauer von 2 Jahren.

„Die Unterbringung dauert so lange, als ihr Zweck es erfordert.

Die Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt oder einer Entziehungsanstalt... darf nicht länger als 2 Jahre dauern.

Die Dauer der Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt ... und der Sicherheitsverwahrung ist an keine Frist gebunden. Bei diesen Maßnahmen hat das Gericht jeweils vor dem Ablauf bestimmter Fristen zu entscheiden, ob der Zweck der Unterbringung erreicht ist. Die Frist beträgt bei der Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt und der Sicherungsverwahrung 3 Jahre... Ergibt sich bei der Prüfung, daß der Zweck der Unterbringung erreicht ist, so hat das Gericht die Entlassung des Untergebrachten anzuordnen.

Das Gericht kann auch während des Laufes der ... Fristen jederzeit prüfen, ob der Zweck der Unterbringung erreicht ist.“

Es ist von vornherein klar, daß die Dauer einer solchen Unterbringung verschieden lang sein wird, und daß sie kaum jemals nur eine kurze Zeit währen wird, da sich der Zweck der Unterbringung meist in einem begrenzten Zeitraum nicht erreichen läßt. Sind es doch Schwachsinnige, schwere Psychopathen und Geisteskranke, die untergebracht werden, Abartige oder Kranke also, deren Leiden entweder erbbedingt oder durch schwere Schädigungen des Zentralnervensystems erworben ist, das in jedem Falle aber eine ernstere Störung der Persönlichkeit darstellt.

Die Anstalten haben zwar schon seit je mit kriminellen Geisteskranken, Geistesschwachen oder Psychopathen zu tun, aber doch bisher — bezogen auf die Belegung zu einem bestimmten Zeitpunkte — in viel geringerer Zahl. Die Zusammensetzung der Anstalten war also ganz anders als sie durch eine fortgesetzte Aufnahme Krimineller in Kürze sein wird. Denn jetzt sollen die Rechtsbrecher jahrelang, in dem größten Teil der Fälle voraussichtlich viele Jahre oder gar ihr Leben lang in den Anstalten festgehalten werden. Gewiß hätte die Mehrzahl der Personen, die nach § 42b oder c eingewiesen werden, auch sonst Bekanntschaft mit einer

Heil- und Pflegeanstalt gemacht, aber doch im allgemeinen nur für kürzere Zeit, u. U. nur zur Beobachtung und Begutachtung. Im übrigen wären diese Kranken entweder in der Freiheit verblieben, oder sie würden Arbeitshäuser, Asyle, Armenhäuser, Pflegheime oder dergleichen bevölkern.

Die Unterbringung ist zudem vorwiegend als juristische Maßnahme gedacht, sie erfolgt aus Gründen der Strafrechtspflege, Ausgangspunkt ist der Rechtsbruch, und maßgebend bei der Anordnung einer Unterbringung nach § 42b ist lediglich die Zubilligung des § 51, während für die Voraussetzungen einer Unterbringung nach § 42c die Vorbedingungen eines Rausches, der Trunksucht oder einer anderen Sucht erfüllt sein müssen.

Schon seit Jahren, bald nach Einführung des Gesetzes gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher, das mit dem 1. 1. 34 in Kraft getreten ist, sind Klagen aus den Anstalten laut geworden. *Creutz* hat auf dem Kongreß in Köln im Jahre 1938 an Hand einer größeren, vorwiegend statistisch ausgerichteten Erhebung darüber berichtet. Es ist tatsächlich nicht abzusehen, wie sich die Zustände in den Anstalten in einer nahen Zukunft gestalten werden. Selbst die schärfere Durchführung anderer gesetzlicher Maßnahmen gegen das Verbrechertum und die Wirkung der Unfruchtbarmachung (bei dem hierfür in Betracht kommenden Teile dieser Rechtsbrecher) werden die Heilanstalten entweder allgemein nur wenig oder aber jedenfalls im Laufe der nächsten Jahrzehnte noch nicht nennenswert entlasten.

Damit wird die Frage dringender, ob die Heil- und Pflegeanstalten grundsätzlich oder ob sie wenigstens in allen Fällen der richtige Ort für die Unterbringung der Persönlichkeiten sind, die nach § 42b und c erfaßt werden.

So schreibt *Aschaffenburg*, der Psychiater fürchte um den Geist der Anstalten durch die oft schwer zur Selbstzucht und an Ordnung zu bringenden Kranken, aber die Ursache liege doch in der abwegigen Artung und Haltung dieser Persönlichkeiten, und derartige Halbkranke würden auch vor Begehung von Straftaten durch die Familien untergebracht. Die Erfahrung seit 1933 hat gelehrt, daß diese Auffassung zu günstig ist, und daß sie allenfalls für einen begrenzten Teil der Untergebrachten gilt. Auch *Aschaffenburg* selbst weist übrigens an anderer Stelle seines Handbuchbeitrags darauf hin, daß bei Anhäufung der Rechtsbrecher in den Anstalten eine schwere Benachteiligung der anderen Kranken entstehen könne.

Die Notwendigkeit, derartige Rechtsbrecher aus der Volksgemeinschaft überhaupt auszusondern und sie zu nutzbringender Arbeit anzuhalten und wenn möglich auch zu erziehen und zu bessern, bleibt selbstverständlich unvermindert bestehen.

Diese Fragen, die auch für die Thüringer Anstalten in den letzten Jahren wiederholt erörtert werden mußten, waren der Anlaß zu der vorliegenden Darstellung. Eine Beantwortung schien nicht durch theoretische Überlegungen, sondern am ehesten auf Grund einer Beforschung der Untergebrachten möglich. Dazu wurden die in der hiesigen Anstalt seit 1934 untergebrachten Kriminellen näher untersucht.

Von entscheidender Bedeutung ist die Persönlichkeit des Rechtsbrechers. Eine Klärung ist am ehesten von einer Erforschung der Einzelpersönlichkeit zu erwarten, ihrer Erkrankung oder Abartigkeit. Wenn *Stumpfl*, der über eine große kriminalbiologische Erfahrung verfügt, eine größere Differenzierung für die heutige Strafrechtspflege verlangt, in der nicht nur Strafe schlechthin, sondern Besserung des Täters oder Unschädlichmachung des Rechtsbrechers angestrebt werden müsse, und *Exner* die Zukunft des Strafvollzugs in einer gut durchdachten Klassifikation der Anstalten sieht, einer richtigen Klassifizierung der Verurteilten, so gilt dies sinngemäß auch voll für die Untergebrachten, sowohl für die verurteilten Trinker oder vermindert Zurechnungsfähigen wie für die Unzurechnungsfähigen.

Es war zunächst beabsichtigt, die in Hildburghausen Untergebrachten in Gruppen aufzuteilen, die sich zwanglos nach dem Grad der Geeignetheit für die Unterbringung in einer Heilanstalt ergaben. Dabei zeigte sich aber, daß enge Beziehungen zu Persönlichkeit und Erkrankung der Untergebrachten bestanden, so daß zweckmäßiger von einer Aufteilung nach Diagnosen und innerhalb dieser nach Delikten ausgegangen wird. Persönlichkeit und Erkrankungsart der Rechtsbrecher einerseits und Aufbau und Zusammensetzung der Anstalten andrerseits, gesehen in ihrer Entwicklung und ihrem bisherigen Zweck sind die beiden wesentlichen Umstände, die hier miteinander in Beziehung gesetzt werden müssen.

Durch die Zusammenballung der untergebrachten Rechtsbrecher in den Anstalten wird der normale Betrieb einer Heilanstalt wesentlich beeinflußt. Die Heilanstalten haben ihrem geschichtlichen Wachstum und ihrem Aufbau nach ganz bestimmte fachärztliche und sozialmedizinische Aufgaben zu erfüllen. Sie sind für kranke Menschen da, und zwar hauptsächlich für Schizophrene und andere

Geisteskranke, dazu für schwachsinnige und psychopathische Persönlichkeiten. Diese aber sind fast ausschließlich nicht aus Sicherungsgründen, sondern zur Behandlung in der Anstalt, wobei man zum Begriff der Behandlung auch die seelische Behandlung einschließlich einer passenden Umweltgestaltung mit Beschäftigungsbehandlung rechnen muß. Gewiß sind auch in den Heilanstalten Gewalttaten vorgekommen, aber — mit geringen Ausnahmen — auf Grund wesentlich anderer Bedingungen, etwa als plötzliche Impulshandlungen von Schizophrenen oder von Epileptikern in der Erregung. Schwerkriminelle, brutal angreifende oder zum Ausbrechen neigende Kranke werden seit einer Reihe von Jahren in sog. festen Häusern untergebracht, die es allerdings nicht in genügender Zahl oder Größe in allen Teilen Deutschlands gibt. Die nunmehr seit Jahren erfolgende ungewöhnliche Anhäufung von zum Teil nicht nur gelegentlich und etwa nur auf Grund psychotischer Erlebnisse gewalttätigen oder sonst kriminellen Personen bringt eine schwere Verschiebung des Anstaltsmilieus mit sich. Viele der nach § 42b und c Untergebrachten neigen auch in den Anstalten je nach Art ihrer Kriminalität dazu, zu lügen und zu intrigieren, Pfleger oder Kranke anzugreifen, zu stehlen, Durchstechereien zu begehen, sich pervers sexuell zu betätigen, sich zusammenzurotten und — im Gegensatz zu den üblichen Entweichungen von Geisteskranken — mit Überlegung, ja mit brutaler Anwendung von Gewalt auszubrechen.

Seit Jahrzehnten kämpfen die Heil- und Pflegeanstalten, vor allem in dem mehr ländlichen, in vieler Beziehung gegenüber den Städten weniger vorgeschrittenen Bezirken des Reiches, um ihre Wertung als Krankenanstalten mit besonderen Aufgaben. Die Häufung von nach § 42b und c Untergebrachten in ihnen und die von diesen in der Anstalt begangenen Störungen, kriminellen Handlungen und Entweichungen müssen den Ruf der Heilanstalt als eines Krankenhauses mit fachärztlichen Aufgaben erneut gefährden. Dies ist besonders dort bedenklich, wo die Heilanstalt beim Fehlen von Fachärzten oder Fachkliniken in der näheren Umgebung zugleich deren Aufgaben mit zu erfüllen hat. Damit wird eine noch im Fluß befindliche günstige Entwicklung wieder rückläufig gemacht, zum Schaden nicht nur des Ansehens der Anstalten, sondern auch der Kranken. Die folgerichtige Durchführung des § 42 macht die Anstalt zu einem Teil des Strafvollzuges, bei der die Vollstreckungsbehörde das letzte Wort hat, während irrenärztliche und irrenpflegerische Gesichtspunkte praktisch zurücktreten müssen.

B. Übersicht über das Material.

Zunächst sei an Hand des zwar verhältnismäßig kleinen, aber gut überschaubaren und vollständigen Materials der hiesigen Anstalt ein Überblick über Krankheit, Persönlichkeit und Kriminalität der Untergebrachten gegeben, um daraus die nötigen Schlüsse abzuleiten.

Die hiesige Anstalt hat rund 700 Kranke, bei einer jährlichen Zugangsziffer von in den letzten Jahren rund 450—500 Kranken. Sie besteht aus einem 75 Jahre alten Zentralbau, in dem sich die Aufnahmeabteilung und weitere geschlossene Abteilungen für unruhige, halbunruhige und ruhige Kranke befinden, sowie einer Anzahl von Einzelhäusern im Pavillonstil mit teils geschlossenen, teils offenen Abteilungen. Die Kranken werden, neben der in den letzten Jahren auf den geschlossenen Abteilungen stark ausgebauten Beschäftigungsbehandlung, schon seit langem in Schreinerei, Schusterei und Schneiderei sowie in einer Gärtnerei und einem großen landwirtschaftlichen Betriebe beschäftigt. Die eingewiesenen Kranken stammen im allgemeinen aus Thüringen und meist auch aus der hiesigen Gegend. Die recht seßhafte Bevölkerung gehört mehr zum fränkischen als zum thüringischen Schlag und zeichnet sich durch Affektlabilität und erhebliche Triebhaftigkeit aus. Die Gegend enthält vorwiegend kleine landwirtschaftliche Betriebe, etwas Heimindustrie und einige Fabriken.

Insgesamt wurden von 1934 bis zum 1. März 1940 in der Anstalt 39 Kranke nach § 42b oder c StGB. untergebracht.

Ein Fall, der im folgenden außer Betracht bleiben kann, sei vorweg genommen.

1. Kurt Ble., im Februar 1935 wegen Auffälligkeit in der Strafhaft eineingewiesen und zusätzlich vorbeugend nach § 42b untergebracht, war ein 49 Jahre alter Buchbinder, der an einer fortschreitenden progressiven Paralyse litt. Er war bereits vor Ausbruch der Krankheit öfters straffällig geworden und starb hier nach etwas über einem Jahre.

Bei diesem Falle lagen die Umstände, die zur Einweisung führten, anders als bei den übrigen Fällen. Es ist klar, daß auffällig werdende akut kranke oder defekte Paralytiker in jedem Fall in klinische Behandlung gehören, auch wenn sie straffällig geworden sind. Es bleiben, ohne diesen Fall, 38 weitere Fälle für die Bearbeitung.

Die Tabelle 1 zeigt die Zahl der in den einzelnen Jahren eingewiesenen und wieder ausgeschiedenen Untergebrachten:

Tabelle 1.

	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940 bis 1. 3.[1]
zugeführt	5	5	4	5	5	12	2
ausgeschieden		3	2†	1	1	1	
Gesamtzahl in der Anstalt	5	7	9	13	17	28	30

Daraus ergibt sich die von Jahr zu Jahr steigende Zahl der gleichzeitig in der Anstalt Untergebrachten. Nur wenige von ihnen sind übrigens schon einmal in der hiesigen oder einer anderen Anstalt gewesen, ein Umstand, der auch mit der Jugendlichkeit eines Teils der Untergebrachten zusammen hängen dürfte. Während sich die jährliche Zugangsziffer bis 1938 fast gleich verhält, hat das Jahr 1939 ein ungewöhnliches Ansteigen gebracht. Der Hundertsatz beträgt bei 30 Untergebrachten auf 700 Kranke rund 4,3.

Die 2 in den Jahren 1937 und 1939 Ausgeschiedenen waren nicht geisteskranke Trinker, die 3 Entlassenen des Jahres 1935 waren schwachsinnige Sittlichkeitsverbrecher, bei denen nach der Kastration eine weitgehende Herabsetzung des Geschlechtstriebes eingetreten war. Ein Psychopath und Trinker (Fall 34), der unbedingt in einer Anstalt hätte bleiben müssen, ist auf Betreiben seines Rechtsvertreters schließlich in eine andere Anstalt verlegt und dort entlassen worden (die Entlassung des Jahres 1938). Er ist inzwischen wieder straffällig geworden. Die beiden Abgänge des Jahres 1936 erfolgten durch Tod.

Die Aufstellung zeigt, daß in der Anstalt eine fortgesetzte Anhäufung von Kriminellen stattfindet. Bei den Untergebrachten ist fast durchweg der Zweck der Unterbringung nicht erreicht und wird auch in absehbarer Zeit nicht erreicht werden, wie die Betrachtung der Einzelfälle lehren wird.

Die Aufteilung der Untergebrachten nach Diagnosen und zugleich nach dem Grad der Zurechnungsfähigkeit (§ 51 Absatz 1 oder 2 StGB., laut Urteil) zeigt Tab. 2. Dabei ist zugleich dargestellt, ob die Einweisung nach § 42b oder c StGB. erfolgt ist.

Den 36 Männern stehen nur 2 Frauen gegenüber.

Die gänzlich Unzurechnungsfähigen (§ 51, 1) überwiegen die erheblich vermindert Zurechnungsfähigen (§ 51, 2). Zu den Unzu-

[1] Vom 1. 3. bis 30. 6. 1940 sind weitere 5 Personen zugeführt, 1 entlassen und 1 verlegt worden, durchweg Männer. Der Bestand betrug am 1. 7. 40 also 33 Personen.

Tabelle 2.

Diagnosen	§ 42 b: § 51,1	§ 42 b: § 51,2	§ 42c	zus.
Schizophrenien	8	2		10
Hirnarteriosklerose	1			1
Traumatische Hirnschädigung	1			1
Folgezustand nach epidemischer Encephalitis		1		1
Anfallsleiden	2			2
Taubstummheit und Imbezillität	1w.[1]			1
Schwachsinnsformen	8	6		14
Psychopathien	1.u.1w.	2		4
Trunksucht			4	4
zusammen	23	11	4	38

rechnungsfähigen müssen auch die beiden Schizophrenen gerechnet werden, bei denen offensichtlich die Anwendung nur des Absatz 2 des §51 ein Fehlurteil gewesen ist, und ähnlich liegen die Verhältnisse bei dem Postencephalitiker, während man in einigen anderen Fällen (bei Schwachsinnigen bzw. Psychopathen) schwanken könnte, ob nicht statt Absatz 1 der Absatz 2 des § 51 angebrachter gewesen wäre. Die Schwachsinnigen nehmen zahlenmäßig bei den Untergebrachten der hiesigen Anstalt die erste Stelle ein, danach kommen die Schizophrenen. Die nach § 51 Abs. 1 Untergebrachten kamen dem Gesetz entsprechend sofort aus der Untersuchungshaft in die Anstalt, entweder nach Durchführung des Strafverfahrens oder schon vorher, sei es im Sicherungsverfahren (gemäß § 429 StPO.) oder wegen grober psychischer Auffälligkeit in der Haft, oder sie wurden zunächst nach § 81 StPO. eingewiesen und anschließend in der Anstalt behalten, weil der Zustand dies erforderte, während die nach § 51 Abs. 2 Untergebrachten, wie auch die 4 Trinker, zunächst die Strafe verbüßen mußten. Danach wären als haftfähig insgesamt 14, als nicht haftfähig 23 der Untergebrachten anzusehen und, bei richtiger Einreihung der beiden Schizophrenen und des Postencephalitikers 11 zu 26. Die beiden Psychopathen mit Zuerkennung des § 51 Abs. 1 schließlich sind der noch öfters zu erwähnende schwer rückfällige, später verlegte und dort bald entlassene Verbrecher (Fall 34) der zugleich auf Grund von § 42b und c StGB. eingewiesen wurde, sowie eine triebhafte Lügnerin (Fall 35).

Weiter sei eine Übersicht über die Delikte, bezogen auf die Diagnosen, gegeben (Tabelle 3):

[1]) w. bedeutet weiblich.

Tabelle 3

Diagnosen	Gewalttaten	Sittl. delikte	Beschimpfungen	Betrug., Hehlerei	Brandstift.	Eigentumsdel.	zus.
Schizophrenie	3	1	1		3	2	10
Hirnarteriosklerose.....		1					1
Traumatische Hirnschädigung						1	1
Folgezustand n. epid. Encephalitis						1	1
Anfallsleiden		1				1	2
Taubstummheit und u. Imbezilität		1w.					1
Schwachsinnsformen ...		9	1	1		3	14
Psychopathien	1	1		1 u. 1 w.			4
Trunksucht	3			1			4
zusammen	7	14	2	4	3	8	38

Die Benennung der Delikte ist vereinfacht worden, um eine bessere Übersicht zu ermöglichen. Es ist jeweils nur das Hauptverbrechen bzw. das zur Unterbringung führende berücksichtigt worden. In der Mehrzahl der Fälle sind die rückfälligen Rechtsbrecher hauptsächlich in einer Richtung straffällig geworden. Erwähnenswert ist nur ein Schizophrener (Fall 11), der jetzt Beschimpfungen gegen den Staat ausgesprochen hat und anschließend daran untergebracht worden ist, während er davor (und zwar vor seiner Erkrankung) sich als schwer aktiver Rechtsbrecher betätigt hatte (Wildern, Einbruch, Diebstahl usw.). Ein epileptischer und zugleich schwachsinniger Sittlichkeitsverbrecher hat neben dem zur Einweisung führenden Sittlichkeitsdelikt wiederholt Tiere roh gequält. Soweit verschiedenartige Delikte von den Untergebrachten begangen worden sind, wird dies im übrigen bei den Einzelfällen aufgeführt werden. Art und Ausmaß der mehrartigen Kriminalität halten sich im Rahmen des Bekannten. Besonders hervorzuheben ist aber noch die hohe Zahl der Sittlichkeitsverbrechen bei den Schwachsinnigen. Sittlichkeitsverbrechen stehen überhaupt an der Spitze aller Straftaten der hier Untergebrachten. Es folgen dann die Eigentumsverbrechen, bei denen die Schwachsinnigen wiederum die Spitze halten, danach die Gewalttaten, deren hohe Zahl durch die starke Beteiligung der Schizophrenen und der Trinker bedingt ist. Ein weiteres Eingehen auf die Kriminalität der Untergebrachten würde den Rahmen dieser Arbeit übersteigen (s. a. S. 337).

Den Diagnosen nach sind die Schwachsinnigen weitaus am zahlreichsten vertreten. Ihre Zahl ist in Wirklichkeit noch höher, da auch die Taubstumme

G. (Fall 17), der hirnarteriosklerotische L. (Fall 12), ferner der anfallskranke K. (Fall 16) dazuzurechnen wären und weitere Fälle, bei denen heute keine genaue Einstufung der Intelligenzhöhe mehr möglich ist.

C. Die Untergebrachten[1]).

Bei der Darstellung der bis zum 1. 3. 1940 Untergebrachten werden berücksichtigt werden: Persönliche und soziale Entwicklung, Straffälligkeit, Diagnose, Begabung und Charakter, Zurechnungsfähigkeit, Verhalten in der Anstalt.

Auf die Erblage kann, da Vollständigkeit hierbei nicht erstrebt wurde, nur gelegentlich und nur bei einem Teil der Fälle eingegangen werden. Dagegen werden bei einzelnen Fällen oder Gruppen schon hier Fragen über die Eignung der Untergebrachten für die Heilanstalt, über Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit, Krankheit und Art der Kriminalität, über den Grad der Zurechnungsfähigkeit und Ähnliches angeschnitten werden. Die Einteilung ist so gewählt, daß der Gruppe der Schizophrenen einige organische Fälle folgen, an die sich die Schwachsinnigen, die Psychopathen und schließlich die Trinker anschließen. Fall 1 (progressive Paralyse) ist bereits oben kurz dargestellt worden (S. 292). Nach ihm wird mit den Schizophrenien begonnen, und zwar zunächst mit den drei schizophrenen Brandstiftern. Das Lebensalter bezieht sich, wo nichts anderes angegeben ist, stets auf März 1940. Die Angaben über die Familien, die Schulleistungen und die sonstige Vorgeschichte der Untergebrachten beruhen selbstverständlich auf den in ausgedehntem Maße beigezogenen objektiven Unterlagen verschiedenster Art, deren Wiedergabe im einzelnen zu weit geführt hätte. Ohne daß es stets vermerkt wäre, ist in allen einschlägigen Fällen die Unfruchtbarmachung durchgeführt worden oder der Eingriff wird vor der Entlassung vorgenommen werden.

Progressive Paralyse.

1. Kurt Ble., vgl. S. 292.

Schizophrenien.

2. Eduard Kau., Maschinenschlosser, früher nicht auffällig, nicht vorbestraft, 35 Jahre alt, legte im Haus seiner Mutter Feuer an und ging, die Arme über der Brust gekreuzt, aus dem Hause, als ob ihn dies nichts anginge. Er war der Nachbarschaft schon länger durch sein eigenartiges Verhalten aufgefallen, war wie geistesabwesend erschienen und hatte geäußert: Er wolle etwas anderes tun, wenn es nicht gehe, wie er wolle. Er glaubt sich von anderen Personen belästigt, geärgert und bedrängt. § 51, Abs. 1 StGB. K. leidet an Schizophrenie (paranoide Form, Defektzustand).

[1]) Wer die ausführliche Darstellung des Materials zunächst überschlagen will, findet die „Ergebnisse und Folgerungen" ab Seite 316.



K. ist vorwiegend unschlüssig, still, mit einfacher Arbeit zu beschäftigen, ohne viel Spontananregungen und nur lebhafter, wenn er gelegentlich mehr halluziniert.

3. Willi Brü., 30jähriger Holzbildhauer, zeigte in der Schule schlechte Leistungen, aber Begabung für Zeichnen. Seit je eigensinnig und verschlossen. Nach der Schulentlassung mit auffallenden Stimmungsschwankungen, wechselte er oft die Stellung, wirkte zeitweilig „gestört", wanderte viel, war seit dem 18. Lebensjahr mehrmals wegen Schizophrenie in Kliniken, hatte Weltbeglückungsideen, wurde 21 jährig zu Geldstrafen wegen Betrugs, 22jährig wegen Forstentwendung verurteilt. Seit 1934 hier, da er aus nichtigstem Grund das von drei Familien bewohnte väterliche Wohnhaus in Brand gesteckt hatte: „Weg mit dem Zeug". Das Gebäude wurde zum großen Teil zerstört. § 51, Ab. 1. In der Anstalt kaum auffällig und eifrig in der Tischlerei tätig. In den ersten Jahren in Abständen von einigen Wochen Verstimmungen, die Stunden bis Tage währten und in denen er in der Schreinerei bearbeitete Stücke ins Feuer steckte oder sonst zerstörte, sich zurückzog, autistisch-ablehnend im Bett liegen blieb. Jeweils im Beginn dieser Zustände durchgeführte Cardiazolkrampfbehandlung konnte diese fast beseitigen, so daß B. nutzbringend als Schreiner arbeitet.

4. Herbert Dig., 26jähriger schwach begabter Knecht, seit Juli 1939 hier, bot einige Monate davor zunehmend schizophrene Symptome, arbeitete nicht mehr, legte sich grundlos ins Bett, glaubte sich belästigt, zertrümmerte in plötzlicher Wut eine Tür, bedrohte seine Frau und zündete schließlich sinnlos ein Bund Stroh vor der Scheune an und sprang darüber. Der Brand wurde rasch gelöscht. § 51, Abs. 1. Bei der Einweisung war D. noch ein Prozeßschizophrener, ratlos, gespannt, ablehnend, unter Sinnestäuschungen stehend, doch ist es zu Gewalttaten hier nicht gekommen. Nach moderner Behandlung gliedert sich D. besser ein und hilft auf der geschlossenen Abteilung bei einfacher Heimarbeit mit. Er wirkt ratlos, antriebsarm und verschlossen[1]).

Die Taten dieser schizophrenen Brandstifter sind nur aus der Psychose heraus zu erklären. Nur einer von ihnen (Fall 3) ist bereits vor der zur Unterbringung führenden Straftat, aber auch erst nach Beginn der Psychose, kriminell gewesen. Es kann kein Zweifel sein, daß alle drei der fachärztlichen Behandlung in einer Heilanstalt bedürfen.

Anschließend sei über einen schizophrenen Sittlichkeitsverbrecher berichtet.

5. Walter Möb., 19jährig, Sohn eines trunksüchtigen Dachdeckermeisters, war in der Schule unauffällig, lief später grundlos von der Arbeit fort, wurde aufgegriffen und erwies sich schon 15 jährig als manifest schizophren. Von Januar bis August 1937 in einer Anstalt als manisch-depressiv verkannt und gebessert entlassen, wurde er bald wieder stärker psychotisch. Eine Cardiazolkur besserte ihn (Entlassung nach dem 2. Klinikaufenthalt März 1938). Im November 1938 und Januar 1939 hat er dann in 3 Fällen in plumper, ja sinnloser Weise mit Gewalt versucht, 15jährige bzw. 16jährige

[1]) Inzwischen ist die Remission weiter fortgeschritten, so daß D. vielleicht in absehbarer Zeit entlassen werden kann. Er arbeitet jetzt in der Landwirtschaft mit.

Mädchen geschlechtlich zu mißbrauchen. Er warf die Mädchen nieder und würgte sie. Er erklärte, die Mädel hätten ihn seit seiner Unfruchtbarmachung über die Schulter angesehen und sein Trieb sei stärker geworden. Onanieren befriedige ihn nicht mehr.

Er wurde trotz der bekannten Vorgeschichte für verantwortlich gemäß § 3 JGG. gehalten, und zwar auf Grund „des persönlichen Eindrucks des Gerichts und weil er sich gut verteidigte, auch sich selbst als gesund z. Zt. der Tat bezeichnete". Obwohl er sicher als unzurechnungsfähig hätte angesehen werden müssen, wurde ihm nur der Absatz 2 des § 51 StGB. zugebilligt, weil er ein „Psychopath" sei. Er erhielt 1 Jahr und 6 Monate Gefängnis, zeigte während der 1 Jahr dauernden Untersuchungshaft und der anschließenden Strafzeit häufig Erregungen, Angriffe auf Mitgefangene und Zerstörungen und wurde deshalb vor Ablauf der Strafzeit hier seit Februar 1940 untergebracht. Er bietet ein hebephrenes Bild, hat Sinnestäuschungen auf verschiedenen Sinnesgebieten, benimmt sich läppisch-albern, macht allerlei Unfug, näßt ein. Mit einfacheren Arbeiten wie Stanzen, Bänderknüpfen und dergleichen läßt er sich beschäftigen. Bisher hat er in der Anstalt nicht stärker gestört.

Es folgen 2 Schizophrene mit Eigentumsdelikten.

6. Ernst Fis., ein jetzt 25jähriger früherer Maurerlehrling, 17jährig erkrankt, wegen seiner nur Wochen bis Monate dauernden und in gute Remissionen auslaufenden Erregungszustände öfters klinisch behandelt (1933/34, Herbst 1934, 1935, 1936, 1938). Im Schub große motorische Unruhe und Zerfahrenheit, Faxen, albern-läppisches Gebaren, gelegentlich Neigung zu Angriffen auf die Umgebung. Ein Bruder ist wegen Idiotie seit Jahren hier. Im September 1939 hat F. in der Umgebung seines Heimatortes in einer Anzahl von Wirtschaften banale Zechprellereien verübt und planlos ein Fahrrad gestohlen. § 51, Abs. 1. In der Anstalt unauffällig, ruhig und äußerlich geordnet. Er ist fleißig bei der Stanzarbeit[1]).

7. Otto Schil., 23 Jahre alt, dessen Vater sich „in geistiger Umnachtung" erhängt hat, war in der Schule träge, kam nur mühsam mit, stets schüchtern, dann auffälliger, arbeitete unregelmäßig und lässig in der Landwirtschaft, kam in schlechte Gesellschaft Jugendlicher, stahl und trank, drohte Scheunen anzuzünden, hatte schon 17jährig den ersten schweren schizophrenen Schub (Dez. 1934 bis März 1935), dann von Sept. bis Nov. 1935 im zweiten Schub hier, danach stumpfer und affektärmer. 1936 wieder auffälliger und straffällig nach einer dörflichen Festlichkeit mit erheblichem Alkoholgenuß. Er stahl planlos aus einem Kraftwagen eine Aktentasche mit Werkzeug, bot den Inhalt feil, entwendete wiederholt recht sinnlos Fahrräder, trieb sich dann aus Angst umher, bettelte und tat unbedachte politische Äußerungen, wurde in der Haft erneut psychotisch. § 51, Abs. 1. Seit April 1937 hier, ruhig, äußerlich leidlich geordnet, aber zerfahren und antriebsarm, in der letzten Zeit auffallend fett geworden. Sch. ist mit einfacheren Arbeiten in der Schreinerei gut zu beschäftigen[2]).

---

[1]) Am 3. 7. 1940 versuchte er nach tagelangem Zuwarten mit einem anderen Untergebrachten (G., Fall 13a) abends bei abgepaßter Gelegenheit den Pfleger zu überwältigen, um ihn mit aus dem Werkraum entwendeten Stricken zu fesseln und dann zu entweichen. Der Plan war von beiden gefaßt, von G. ausgesponnen worden.

[2]) Das Körpergewicht ist jetzt allmählich wieder zur Norm zurückgekehrt, die Remission etwas fortgeschritten. Sch. besorgt jetzt Gänge in der Anstalt.



Von den beschriebenen 7 Fällen, die ihrer Art nach in den Anstaltsbetrieb passen und jedenfalls der fachärztlichen Behandlung bedürfen, heben sich die folgenden vier Fälle erheblich ab, insbesondere die letzten drei.

8. Wilhelm Sto., seit September 1937 hier, 37jähriger Tagelöhner, früher Hilfsschüler, bereits 1924 wegen gemeinschaftlicher Körperverletzung zu 2 Monaten Gefängnis verurteilt, seitdem wiederholt wegen Widerstandes, Beleidigung, gefährlicher Körperverletzung und anderer Delikte bestraft. Jetzt hat er 17 jungen Bäumen die Rinde abgeschält, Fichtenbäumen die Spitzen angesägt und Tannenspitzen abgeschnitten, um mit solcher Abkochung seine Schuppenflechte zu behandeln. Ihm wurde nur der § 51, Absatz 2 zugebilligt, da man ihn für „schwachsinnig" hielt. Er ist aber seit längerem schizophren, glaubt sich belästigt, ist oft gespannt und abweisend, gelegentlich psychotisch erregt, kann nur zeitweise in der Tüncherei oder bei der Außenarbeit mit beschäftigt werden, bedroht gelegentlich seine Umgebung. So äußerte er, als ein anderer Kranker ihn versehentlich getreten hatte: „Wenn der wiederkommt, schlage ich ihn mausetot, wenn ich auch hier bleiben muß". Er leidet sehr unter Körpersensationen [1]).

9. Arthur Hem., früher Fleischer, 46 Jahre alt, von der ersten Frau schuldig geschieden, wieder verheiratet, ist seit einer Anzahl von Jahren schizophren (vorwiegend paranoid) und war bereits 1928 einige Monate hier, dann nochmals 1929. Er glaubte, er sei Gott, in seinem Bauch seinen zwei Männerstimmen. Keine wesentliche schizophrene Veränderung der Persönlichkeit. Jetzt hat er seine Frau und den Arzt mit dem Revolver bedroht und in der Untersuchungshaft einen Beamten tätlich mit gefährlichem Werkzeug angegriffen und seine Fesseln gesprengt. Seit Mai 1939 wieder hier, fügt er sich ein, wirkt äußerlich wie ein gewandter Psychopath, bedient nahezu selbständig die Zentralheizung eines Hauses, doch ist er verschlagen, denunziert und sucht Vergünstigungen zu erreichen [2]).

10. Anton Mig., 33jähriger verheirateter Bergmann, seit Januar 1939 in der Anstalt, war in den letzten Jahren auf Wanderschaft, verschiedentlich auch als Bauarbeiter tätig. Seit dem 19. Lebensjahr 13 mal bestraft, wegen schweren Raubes, schweren Diebstahls, Rückfalldiebstahls, gefährlicher Körperverletzung, Unterschlagung, Bettelns, Waffenmißbrauchs, Beamtenbeleidigung. Bereits 1935 in einer Anstalt. Jetzt hat er u. a. einem Schlosser, mit dessen Tochter er ein Verhältnis hatte, Lichtbilder entwendet, der Tante des Mädchens eine Uhr gestohlen, ihr durch die Schwindelei, er wolle mit dem Mädchen in seine Heimat fahren, 25 RM entlockt und schließlich einem Wanderkameraden mit brutaler Gewalt Papiere und ein feststehendes Messer

---

[1]) Inzwischen wurde weiter hier untergebracht:

8a. Armin Jac., 47jährig, Bauer, seit Jahren paranoid schizophren. Er beging aus Eifersuchtswahn an dem auf dem gleichen Hof lebenden Bruder einen Totschlagsversuch (mehre wuchtige Schläge mit der Stallkratze). § 51, Abs. 1. Zunächst vorläufig und dann im Sicherungsverfahren gemäß § 429a StPO. untergebracht. Auch in der Anstalt ist J. zuweilen bedrohlich, so daß er auf einer geschlossenen halbruhigen Abteilung gehalten werden muß.

[2]) Inzwischen ist er ganz flüchtig wieder auffälliger und bedrohlich geworden, so daß er auf eine gsechlossene Abteilung verbracht werden mußte. Hier ist er schnell ruhig geworden und fleißig bei der Heimarbeit.

abgenommen. § 51, Abs. 1. M. ist paranoid-schizophren, glaubt sich bedroht, an der Gesundheit beschädigt, alles sei abgemachte Sache, man möge sich ein anderes Opfer suchen, der Beraubte habe seine (des M.) Schwester erschossen. Hier ist M. mit einem anderen vielfach vorbestraften Gewalttätigkeitsverbrecher raffiniert entwichen, hat sich durch Betteln erhalten und wurde erst 14 Tage später wieder gebracht, muß jetzt auf einer geschlossenen Abteilung sein, versteht es geschickt, sich an Pfleger heranzumachen und bei der Hausarbeit unentbehrlich zu werden, hetzt dabei, intrigiert und lügt auf die raffinierteste Weise.

11. Albin Dan., von einem vielfach vorbestraften Vater stammend, ist ein 40jähriger verheirateter Augenmacher und Forstarbeiter, in der Schule dreimal sitzengeblieben, bereits als Jugendlicher antisozial (Raubzüge mit seinem Bruder), dabei äußerst verschlagen, gewalttätig, vielfach vorbestraft (u. a. wegen Wilderns in Gemeinschaft, eines Angriffs auf den Förster, Forstfrevels), in seiner Heimat als gefährlich bekannt und gefürchtet, mit allen Schlichen vertrauter, notfalls brutal vorgehender Naturbursche. Jetzt hat er bei der Entgegennahme von Unterstützung staatsfeindliche Äußerungen getan. In der Untersuchungshaft fiel er durch zahlreiche optische Sinnestäuschungen auf, außerdem besteht eine Fülle von Wahnwahrnehmungen und Größenideen. D. ist etwa 1938 schizophren geworden. Die Persönlichkeit blieb zunächst erhalten, so daß er anfangs nicht als unzurechnungsfähig angesehen wurde. § 51, Abs. 1. In der Anstalt sehr für sich, spricht gelegentlich über seine Erlebnisse, fühlt sich belästigt, ist zu einfacheren Arbeiten heranzuziehen, kann nur auf einer geschlossenen Abteilung gehalten werden, ist gelegentlich widerstrebend bis zur Widerspenstigkeit, fügt sich aber lauernd, abwartend bei disziplinären Maßnahmen leidlich ein.

Während St. (Fall 8) ein gespannter Schizophrener mit Neigung zu plötzlichen Impulshandlungen ist und auch Fall 8a als psychotisch-unberechenbar und sehr gefährlich angesehen werden muß, wirken die übrigen drei Gewalttätigkeitsverbrecher, die außerdem alle — bei St. ist dies auch wahrscheinlich — bereits vor ihrer Erkrankung verbrecherische Neigungen gezeigt haben und nicht erst durch die Psychose zu Rechtsbrechern geworden sind, im Verhalten eher wie Psychopathen. Die Persönlichkeit ist bei ihnen nur wenig verändert. Zwei von ihnen (Fälle 9 und 10) wären besser in einer entsprechenden, einer Strafanstalt angegliederten Abteilung für untergebrachte Geisteskranke, vielleicht sogar in einem Arbeitshause mit straffer Zucht, der andere Schizophrene (Fall 11) freilich, bei dem die Psychose in letzter Zeit stärker hervortritt, am besten in einem sogenannten festen Hause einer Heilanstalt verwahrt. Übrigens befindet sich in der hiesigen Anstalt ein weiterer — nicht nach § 42b untergebrachter — paranoider Schizophrener, der ebenfalls seit seiner Jugendzeit als Rechtsbrecher durch Gewalttaten aufgefallen ist, und der gleich den drei beschriebenen Schizophrenen trotz jahrzehntelanger Psychose so wenig verändert erscheint, daß selbst das Erbgesundheitsgericht

zunächst seinen schwindelhaften Vorbringungen glaubte und ihn nur für einen Psychopathen hielt. Er ist auch in der Anstalt schwer bedrohlich und bildet mit den untergebrachten schizophrenen Gewaltverbrechern der Fälle 9, 10 und 11 eine kleine, aber sich gut von den anderen kriminell gewordenen Schizophrenen abhebende Gruppe, die allen therapeutischen, auch arbeitstherapeutischen oder psychotherapeutischen Bemühungen trotzt und den Anstaltsbetrieb schwer belastet.

Hirnarteriosklerose.

12. Georg Lot., ein 68 Jahre alter, debiler Knecht, bereits 1912 nach unstetem Lebenswandel wegen Weglaufens von der Arbeitsstelle, Trunksucht und Mißhandlung von Frau und Kindern als „moralisch minderwertig" wegen Geistesschwäche entmündigt, damals jahrelang in einem Arbeitshaus, vorübergehend als Dementia praecox diagnostiziert, im Jahre 1913 in der Anstalt jedoch lediglich als debil bezeichnet, fiel damals durch sein stumpfes Wesen und blödes Lächeln auf (Defektschizophrenie?). Nach dem Weltkrieg arbeitsscheuer Herumtreiber, seit 1933 wegen hohen Blutdrucks und nervösen Herzleidens invalidisiert. Seit April 1936 hier, weil er der Schwester seiner Frau die Röcke hochgerissen, ihr an den Geschlechtsteil gegriffen und versucht hatte, sie niederzuwerfen und zu mißbrauchen. Bereits 2 Jahre davor an der gleichen Frau ähnlicher Versuch. Wollte beim Hinzukommen eines Dritten plump durch das Fenster entweichen. § 51, Abs. 1. Körperlich bestanden Symptome ausgeprägter Hirnarteriosklerose (Blutdruck von 200 mm Hg nach RR, grobschlägiger Tremor, Kopfwackeln, Sprachstörung, grobe Merkstörung). Bereitete hier keine größere Schwierigkeiten, wirkte stumpf, schimpfte aber mitunter ausfallend, war gelegentlich widerspenstig und endete bei der Außenarbeit 1938 durch Herztod.

Die Heilanstalt war für den debilen, psychopathischen, möglicherweise defektschizophrenen Gehirnkranken der einzig passende Aufenthaltsort.

Traumatische Hirnschädigung.

13. August Bey., von Beruf Schürer, verheiratet, 47 Jahre alt, schon in der Schule durch schwache Begabung aufgefallen, vor dem Weltkrieg geringfügig bestraft, hat 1915 eine schwere offene Stirnhirnverletzung erlitten, danach trotz vorübergehender Besserung zunehmende schwere Persönlichkeitsveränderung (100% Rente). Hat seit Jahren sinnlose, zum Teil ihn selbst schädigende Handlungen und kleine Diebstähle begangen, plötzlich auftauchenden Impulsen hemmungslos nachgebend. So hat er von einem Lastauto, das ihn mitnahm, ein Fäßchen Bier heruntergerollt und im Wald versteckt, oder er ist vom fahrenden Lastauto gesprungen, um einen abkürzenden Nebenweg nach Hause einzuschlagen. B. zeigt eine grobe Urteilsschwäche, Stumpfheit mit Affektlabilität, schwere Willens- und Antriebsstörung, dazwischen plötzlich auftretende unbeherrschte Antriebe. Nach fünfmaliger Bestrafung wegen Diebstahls wurde ihm 1934 endlich wenigstens der Absatz 2 des § 51 zugebilligt. Jetzt wegen der Vornahme unzüchtiger Handlungen (wiederholte schwächliche Versuche des Geschlechtsverkehrs mit einem minderjährigen

Mädchen, das er an sich gelockt hatte) angeklagt, konnte ihm endlich auf Grund der schweren Persönlichkeitsveränderung der Schutz des Abs. 1 des § 51, der ihm bereits früher gehört hätte, erwirkt werden. In der Anstalt seit Dezember 1939 stört er bis jetzt nicht; er paßt sich an, ist stumpf, antriebsschwach und gleichgültig, hilft willig bei einfachen Arbeiten.

Es dürfte erst nach längerer Beobachtungszeit zu entscheiden sein, ob dieser Kranke in die Heilanstalt gehört, oder ob ein geschlossenes Heim ausreicht, wie dies auch *F. Kopp* für bestimmte Fälle der Untergebrachten empfohlen hat[1]).

Folgezustand nach epidemischer Encephalitis.

14. Der 30jährige, ledige Kutscher Erwin Nen., 14 mal wegen Diebstahls und Rückfalldiebstahls vorbestraft, zuletzt wegen versuchten Einbruchdiebstahls und Widerstands zu 1 Jahr 3 Monaten Zuchthaus und 5 Jahren Ehrverlust verurteilt, hat jetzt auf Wanderschaft beim Betteln einen sogleich vereitelten Griff in die Ladenkasse getan. § 51, Abs. 2, da N. zwar das Unerlaubte der Tat einsehen, aber nicht danach handeln könne. Die Anwendung des Absatz 1 wäre berechtigter gewesen. N. erhielt 6 Monate Gefängnis an Stelle von 4 Monaten Zuchthaus.

Im Jahre 1924 (16 jährig) epidemische Encephalitis, danach weniger Störungen der Motorik als vielmehr schwere Veränderungen der Antriebe und des Willens. Hier seit Mai 1939, stört N. ebenfalls erheblich, er ist unaufrichtig, stiehlt, sucht Kranke zu necken, aber auch bösartig und heimtückisch zu schädigen. Er hilft bei einfacheren Arbeiten mit.

N. brauchte nicht unbedingt in einer Heilanstalt zu sein, er wäre in einem Arbeitshause, einer Verwahranstalt mit straffer Zucht oder der psychiatrischen Abteilung einer Strafanstalt ebenso, vielleicht besser am Platze.

Anfallsleiden.

15. Gustav Rec., 56 jähriger früherer Schlosser, zum 2. mal verheiratet, bereits im März 1924 wegen eines Erregungszustandes kurz hier. Seit jenem Jahr (dem 41. Lebensjahr) nach einem Sturz mit dem Hinterkopf aufs Glatteis, bei encephalographisch entsprechendem Befund, epileptiforme Anfälle.

[1]) Inzwischen wurde weiter untergebracht:

13a. Gerhard Geu., Kontorist, Sohn aus gutem Hause (Vater Bankdirektor), als kleines Kind (5 jährig) schweres Hirntrauma (Sturz), höhere Schulbildung. Charakterverändert. Lief wiederholt sinnlos und triebhaft fort, fuhr weit umher, beging Hochstapeleien, Zechprellereien, brach im Kontor den Tischkasten auf, blieb ganz unerziehbar. § 51, Abs. 1. In der Anstalt ist er lebhaft, wendig, betriebsam, etwas großspurig. Er hilft fleißig bei Hausarbeiten. Beim Ausbruchsversuch mit dem Schizophrenen (Fall 6) hatte er den Plan entworfen, über Österreich nach Ungarn zu entkommen, doch verließ ihn schon im Beginn der Tat der Mut, bei der Überwältigung des Pflegers mitzutun. Später leugnete er. G. ist einige Wochen später entwichen, indem er nach der Arbeit aus einer Luke der Scheune 4 m tief an der Seitenwand herabsprang. Er konnte, zumal er intelligent ist, noch nicht wieder gefaßt werden.

Verstimmungs- und Verwirrtheitszustände mit schwerer Wesensveränderung. Nach dem Unfall erstmals im Oktober 1924 wegen Diebstahls in 4 Fällen bestraft, dann nochmals 1927 wegen Diebstahls; 1935 hat er ein Fahrrad und eine Tüte mit Erdnüssen gestohlen. Im Januar 1936 hier eingewiesen. Endlich Zubilligung des § 51, Abs. 1.

Gegenüber der Krankheit völlig uneinsichtig, weitgehend dement, ist R. nach Art der schweren Epileptiker ganz auf einen engsten Interessenkreis beschränkt, in seinen Ausnahmezuständen unberechenbar, im übrigen querulierend und pflegerisch erhebliche Schwierigkeiten bereitend. Er hilft etwas bei einfacher Handarbeit (Heimarbeit).

16. Der 17jährige Otto Kob., Gelegenheitsarbeiter, hat seit der Kindheit gelegentlich organische (epileptiforme) Anfälle, soll früher intellektuell durchschnittlich gewesen sein(?), bietet jetzt das Bild eines leichten bis mittleren Schwachsinns. Er hat ein 3 jähriges Mädchen in einen Abort gelockt und dort seinen Geschlechtsteil an den des Mädchens gehalten. Dann hat er einem jungen Bullen, weil dieser ihn „geärgert" hatte, den Geschlechtsteil abgebunden, „aber nicht ganz", und einer Ente, die trotz seines „Verbots" wieder auf die Tenne kam, hat er den Schnabel so weit aufgerissen, daß das Tier verendete. § 51, Abs. 1.

K. ist auch in der Anstalt schwierig. Er ist beweglich, etwas gehobener Stimmung, dabei lügenhaft, frech, vorlaut, hat hier schon mehrfach gestohlen, neckt andere Kranke bösartig, war gelegentlich grundlos gegenüber pflegerischen Maßnahmen aufsässig. Dabei wirkt er nicht wie ein charakterveränderter Epileptiker (er hat auch nur seltene atypische Anfälle), sondern wie ein jugendlicher triebhafter Psychopath. Er hilft bei der Heimarbeit (Stanzen) und Außenarbeit mit.

Kranke mit genuiner Epilepsie sind bisher hier nicht untergebracht worden. Während der Kranke mit epileptiformen Anfällen und Demenz nach Hirntrauma nur in einer Heilanstalt am rechten Platze sein kann, wäre für den jugendlichen psychopathischen Schwachsinnigen mit seltenen organischen Anfällen eine andere Unterbringung mit der Möglichkeit straffer Zucht wünschenswert.

Taubstummheit und Imbezillität.

17. Martha Grä., eine 20jährige, sehr triebhafte, hochgradig schwachsinnige Taubstumme, in Taubstummenanstalten als faul, gleichgültig, störend und nahezu bildungsunfähig aufgefallen, hatte mehrere 13jährige Schulknaben zum Geschlechtsverkehr verführt. § 51, Abs. 1. Hier zeigte sie ein albern-läppisches Gebaren, half anfangs bei den einfachsten Hausarbeiten mit, bis eine fortschreitende Lungentuberkulose dies verhinderte. Im Juli 1938 ist sie an Lungen- und Darmtuberkulose gestorben.

Schwachsinnsformen.

Die letzten beiden Fälle leiten bereits zu der großen Gruppe der Schwachsinnigen über. Allein 9 von ihnen haben Sittlichkeitsverbrechen verschiedenster Art begangen und sind deswegen in der Anstalt untergebracht worden. Abgesehen von drei Entmannten

bedürfen nahezu alle übrigen Schwachsinnigen weiter auf unbestimmte Zeit der Unterbringung.

Zunächst seien die Sittlichkeitsverbrecher dargestellt.

18. Werner Ost., ein 1913 geborener Arbeiter, das 3. von 4 unehelichen Kindern, aus einer kinderreichen, schwach begabten, asozialen Sippe stammend, in der Schlägereien und Streit an der Tagesordnung waren, Hilfsschüler ohne das Ziel zu erreichen, manuell sehr unbeholfen, Fürsorgezögling, jedoch nicht vorbestraft, hat im Sommer 1934 mehrmals mit einem 10jährigen Mädchen geschlechtlich auf einem öffentlichen Anger bei Tage verkehrt und es mit einer 8 Jährigen versucht. Er wurde zu 2 Monaten Gefängnis (§ 51, Abs. 2) und zur Unterbringung verurteilt. O. stand intellektuell etwa auf der Stufe eines 7jährigen Kindes. Im Jahre 1935 hier eingewiesen, wurde er nach Entmündigung im März 1936 unter Zustimmung des Vormundes entmannt und konnte, da er sich hier unauffällig geführt hatte, im November 1936 zur Mutter entlassen werden.

19. Der 1912 geborene, ledige Otto Sei. hat sich verspätet entwickelt, an Kinderkrämpfen gelitten, ist in der Hilfsschule durch sein träumendes und antriebsschwaches aber gewalttätiges Wesen und seine geringen Leistungen aufgefallen und hat dann in der Landwirtschaft als Hilfsarbeiter vorwiegend mechanische Arbeiten verrichtet. Im Herbst 1933 hat er an einer 7 Jährigen unzüchtige Handlungen vorgenommen, ebenso im Frühjahr 1935 an einer $3^1/_2$ Jährigen (§ 51, Abs. 1).

S. hat eine leicht vergrößerte Schilddrüse, schielt nach innen, zeigt Nystagmus, ist in seinen Bewegungen langsam, muß zu allem angehalten werden. Im Juli 1935 untergebracht, nach Entmündigung im Dezember 1935 unter Zustimmung des Vormundes entmannt und im Januar 1936 mit der Weisung entlassen, daß der Vormund und die öffentlichen Stellen für seine weitere Aufsicht zu sorgen hätten. In der Anstalt hat er nicht gestört.

20. Der verheiratete, 1899 geborene Schäfer Reinhold Hel., wahrscheinlich aus Blutschande zwischen der Mutter und deren Vater stammend, in der Schule träge und unaufmerksam, aus der Unterklasse entlassen, als Kind willig und folgsam, hatte später mit der Frau häufig heftige Auseinandersetzungen. H. ist nicht vorbestraft. Jetzt hatte er mit einer 11 Jährigen und einer 12 Jährigen, in dem einem Falle wiederholt, den Versuch gemacht, seinen Geschlechtsteil an den des Kindes zu bringen. §51, Abs. 1. Von seiner Frau hat er bis zu mehrmals täglich den Geschlechtsverkehr verlangt.

H. ist klein, körperlich reduziert, hat einen asymmetrischen Schädel, starke Verbiegung der Wirbelsäule, ein verkürztes rechtes Bein (Narbe an der rechten Hüfte). Er ist eine primitive Persönlichkeit, grinst meist einfältig, steht geistig auf der Stufe eines 7 jährigen Kindes. Im Dezember 1935 eingewiesen, fügte er sich leidlich ein und arbeitete, zeigte sich aber zeitweilig hinterlistig. Nach der über Entmündigung und Einwilligung des Vormundes vorgenommenen Entmannung wurde er stumpfer und gleichgültiger. Nur gegen seine Frau stieß er bis zuletzt Drohungen aus. Im Herbst 1938 bedingt entlassen, in einer Arbeitsstelle untergebracht.

21. Oswald Hen., ein 31jähriger landwirtschaftlicher Arbeiter, erheblich schwachsinnig, gefährlicher Sittlichkeitsverbrecher. Er hat früher seine Schwester gebraucht und sich sexuell grob an Kühen, Schweinen, Ziegen, Gänsen und Hühnern vergangen. Beim Versuch, ein junges Mädchen im Wald



gröblich zu vergewaltigen, konnte er nur durch das Hinzukommen des Vaters vertrieben werden. Später setzte er ein 8jähriges Mädchen auf der Landstraße auf sein Rad, um unzüchtige Handlungen an ihr vorzunehmen. Er entblößte sich vor 11jährigen Schulmädchen und deutete dabei den Geschlechtsverkehr an. 1 Jahr Gefängnis, § 51, Abs. 2. Während der Strafhaft entmannt. Seit Januar 1937 in der Anstalt, hat H. trotz Verwarnung wiederholt sexuelle Manipulationen an anderen Kranken vorgenommen und gab noch Ende 1939, obwohl im Wesen lahmer und stumpfer geworden, sexuelle Triebregungen beim Anblick von Frauen zu. Er hilft bei einfacheren landwirtschaftlichen Arbeiten. Entlassungsfähig ist er noch nicht.

Während also bei drei Sittlichkeitsverbrechern (Fälle 18, 19 und 20) die Entmannung zur Entlassung führte, blieb der Erfolg bei H. (Fall 21) bis heute aus. Offenbar ist bei ihm die ungewöhnliche Triebstärke und vielfältige Triebrichtung neben den Keimdrüsen in besonderem Maße noch von andern endokrinen, vielleicht auch zerebralen bzw. psychischen Umständen mit abhängig. H. ist später als die beiden erstgenannten entmannten Sittlichkeitsverbrecher straffällig geworden, die bereits in der Pubertät entgleist sind. Er ist ein Beispiel dafür, daß Triebstarke nicht — wie behauptet wird — durchweg gut auf die Entmannung anzusprechen brauchen. Der Schäfer H., der als einziger der Sittlichkeitsverbrecher verheiratet und in der Ehe besonders geschlechtslustig war, ist erst im Mannesalter vor den Strafrichter gekommen. Die Kastration hat bei ihm Erfolg gehabt. Er nähert sich jener Gruppe von Sittlichkeitsverbrechern, die erst in reiferen Jahren entgleisen, während andere, besonders schwachsinnige, wegen des Fehlens eines normalen Sexualpartners viel früher kriminell werden. Immerhin muß bei Bewertung des Strafalters auch berücksichtigt werden, daß viele derartige Verfehlungen nicht bekannt werden, und weiter, daß allgemein Schwachsinnige leichter ertappt werden als andere. Übrigens scheinen in der hiesigen Gegend sexuelle Entgleisungen häufiger als in anderen Gegenden Deutschlands vorzukommen.

Der folgende Fall, der ebenfalls einen entmannten schwachsinnigen Sittlichkeitsverbrecher betrifft, bietet gegenüber den vorstehenden vier Fällen manches Abweichende.

22. Ferdinand Gri., 45 Jahre alter landwirtschaftlicher Arbeiter, zeitweise entmündigt, stammt von beschränkten Eltern, der Vater ist Alkoholiker, die 5 Geschwister sind fast alle beschränkt. In der Schule bildungsunfähig, ohne Noten entlassen, erheblich imbezill. Er ist insgesamt 9 mal wegen Bettelns, Landstreichens, Widerstands und Bedrohung vorbestraft, war auch schon 6 Monate in einem Arbeitshaus und in 2 anderen Anstalten. Im Juli 1933 und davor hat er sich wiederholt im Freien vor Frauen entblößt. Den Wachtmeister bedrohte er mit einem Beile, in der Hauptverhandlung äußerte er Totschlagsdrohungen (§ 51 alter Fassung). Schon in einer fränkischen Anstalt

führte er blutrünstige Reden. Diese erklärte die Unterbringung in einem Arbeitshause für untunlich. Hier seit 1934, war er zunächst mißtrauisch, reizbar, dann wieder stumpf. Er drohte, „jedem die Platte einzuschlagen". Im März 1936 auf Veranlssung des Staatsanwalts mit Zustimmung des Vormundes entmannt, danach ruhiger und zugänglicher. Er kann regelmäßig mit bei Außenarbeiten beschäftigt werden, jedoch haben sich in der letzten Zeit bei ihm schizophrene Symptome gezeigt (Wahnideen und Sinnestäuschungen, Selbstgespräche, Auflachen, nächtliche Unruhe, Neigung sich abzusondern). G. war in der letzten Zeit gespannter, gelegentlich bei Kleinigkeiten gereizt und erregt. Er hilft zureichend bei der Außenarbeit oder bei Hausarbeiten.

Die Folgen der Entmannung sind bei diesem Falle, wenn auch eine gewisse Abstumpfung erreicht werden konnte, schwer abzuschätzen, da sich zum Schwachsinn später, vielleicht schon vor dem letzten Verfahren, ein schizophrener Prozeß entwickelt hat. Die Wirkung der Entmannung ist bei Schizophrenen und so auch hier unsicher. An eine Entlassung ist vorläufig nicht zu denken.

23. Adam Bar., 26 Jahre alter Bürstenmacher, hat eine debile Mutter und eine debile Schwester. Er ist erheblich schwachsinnig, stark kurzsichtig, jedoch musikalisch. Er kam früh in eine Erziehungsanstalt und zeigte schon bald nach der Schulentlassung Neigung zu sexuellen Entgleisungen. Er suchte andere Zöglinge mit Gewalt zu paederastischen Handlungen zu mißbrauchen. Im Jahre 1934 hat er ein 5jähriges Mädchen auf seinen Schoß gesetzt, seinen Geschlechtsteil an den ihren gehalten und dasselbe dann mit ihr im Bett wiederholt. § 51 alter Fassung. Er ist seit November 1934 hier. Bei der Arbeit ist er willig und folgsam, aber nur unter Anleitung, auch ist er nur für mechanische Arbeiten zu gebrauchen. Er stört stark, hat exzessiv mit einem anderen auf der Treppe mutuell onaniert, einen Schrank in der Tischlerei aufgebrochen und gestohlen, lügt stark, ist in seinem Verhalten wechselnd und unberechenbar.

24. Wilhelm Eich. ist ein 25jähriger lediger Hüttenarbeiter, der drei Jahre in einer Erziehungsanstalt war. Der Vater ist wiederholt wegen ähnlicher Delikte bestraft und wegen angeborenen Schwachsinns unfruchtbar gemacht worden. Die Mutter ist schwach begabt und verwahrlost, in der weiteren Sippe finden sich Epilepsie, Geisteskrankheit und Schwachsinn. E. ist bereits zweimal wegen Sittlichkeitsverbrechens bestraft. Mindestens seit dem 20. Lebensjahre hat er Schulmädchen auf der Straße, der Treppe oder dem Hausboden über oder unter den Kleidern nach dem Geschlechtsteil gegriffen, auch einmal seinen Geschlechtsteil gezeigt, und dies auch, nachdem wegen zwei bekannt gewordener Fälle das Verfahren in Gang gekommen war. Aus Angst vor dem Verfahren lief er aus dem Heim, in dem er untergebracht war, triebhaft fort, fand sich dann selbst wieder ein und gab alles zu. Jetzt hat er ein Jahr Gefängnis bekommen, weil er ein 13jähriges Mädchen außerhalb der Stadt an Brust und Geschlechtsteil gegriffen hatte. Er habe vorher Nordhäuser getrunken, und er habe das Mädchen nur „erschrecken" wollen. § 51, Abs. 2, auch in den früheren Verfahren. E. ist gutmütig, anhänglich und willig, in mittlerem Grade schwachsinnig. Er hat eine Hasenscharte und grobe Zahnstellungsanomalien im Oberkiefer, ferner eine ungewöhnliche starke Körperbehaarung. Hier hat er bisher (seit Juli 1939) noch nicht gestört. Er hilft bei einfacheren Arbeiten verschiedener Art.

25. Arthur Sol., 38 Jahre alt, versagte als Banklehrling, wurde landwirtschaftlicher Arbeiter, wurde erst 35jährig straffällig. Ein Bruder hat ein 12jähriges Mädchen mißbraucht. S. wurde viel von der Jugend geneckt, jetzt ist er wegen Unzucht mit Männern und Kindern zu 1 Jahr Gefängnis verurteilt worden. § 51, Abs. 2. Der infolge seiner Schädel- und Zahnbildung degeneriert aussehende Imbezille ließ sich von 13—14jährigen Knaben Süßigkeiten holen, zeigte seinen Geschlechtsteil, ließ die Knaben danach greifen und setzte sich eines Nachts neben einen 17jährigen auf die Bank und legte dessen Hand auf seinen von der Kleidung bedeckten Geschlechtsteil. Einmal legte er sich auf einen 14Jährigen und macht beischlafähnliche Bewegungen, oder er ließ ihn beim Baden an seinem Geschlechtsteil bis zum Samenerguß reiben. Einen 18Jährigen ließ er an sich ähnlich verfahren. Der Amtsarzt (ein Psychiater wurde nicht zugezogen) hielt, als Sachverständiger im Strafverfahren, die Entmannung nicht für erforderlich. Jetzt ist nicht mehr zu klären, ob S. bei der Straftat psychotisch gewesen ist. Möglicherweise ist er überhaupt erst durch einen psychotischen Prozeß straffällig geworden und wäre dann richtiger der Gruppe der Schizophrenen zuzuordnen. Die Anwendung von Abs. 1 des § 51 wäre angebrachter gewesen.

In der Anstalt ist S. seit Juli 1938. Er hält ab und zu Selbstgespräche, gelegentlich ist er widerspenstig, sonst stört er nicht. S. wurde wegen angeborenen Schwachsinns sterilisiert, doch besteht auf Grund des Verhaltens und der Art der Denkstörung der dringende Verdacht, daß bei ihm ein blander schizophrener Prozeß abgelaufen ist. Zu einfacheren Arbeiten in der Landwirtschaft ist S. brauchbar.

Die beiden Sittlichkeitsverbrecher der Fälle 23 und 24 sind Beispiele für Entgleisungen von Schwachsinnigen, deren Trieb nicht abnorm stark ist oder von vornherein abnorm gerichtet zu sein braucht. Immerhin fällt bei beiden die Häufung und der bei den Taten gezeigte Mangel an Schamgefühl auf. Fall 25 ist wahrscheinlich psychotisch und hat daher eine Sonderstellung. Auch bestehen bei den einzelnen Tätern bemerkenswerte Verschiedenheiten hinsichtlich der Art der Straftaten. Eine Entmannung ist bei keinem der drei Rechtsbrecher bisher durchgeführt worden, doch wäre sie ernsthaft zu erwägen, schon um den Anstaltsaufenthalt der noch verhältnismäßig jungen Untergebrachten abkürzen zu können.

26. Kornelius Hän., landwirtschaftlicher Arbeiter, 74 Jahre alt, Sohn einer schwachsinnigen Mutter, in der Schule der schlechteste Schüler, als Kind „dumpf und stumpfsinnig", beging vom 22. bis 26. Lebensjahr fünf Notzuchtsverbrechen, wurde damals bereits entmündigt und war jahrelang in einer Anstalt. H. war viermal verheiratet. Er ist dann bis zum Jahre 1934 nicht mehr straffällig geworden. In diesem Jahre hat er an zwei verschiedenen Tagen am Geschlechtsteil eines Mädchens herumgespielt, sich dann auf dieses gelegt und mit seinem Geschlechtsteil den des Mädchens berührt. Einem anderen Schulmädchen hat er über die Kleider an die Brust und den Geschlechtsteil gefaßt. § 51, Abs. 1. Er bekümmert sich in der Anstalt kaum um seine Umgebung, ist ruhig, gleichmäßig und ziemlich stumpf.

H. könnte jetzt gut auch in einem geschlossenen Pflegeheim sein. Er ist offenbar verhältnismäßig triebstark gewesen und gehört zu

jenen Sittlichkeitsverbrechern, die in der Jugend und dann wieder in der Rückbildungszeit entgleisen[1]).

Den Sittlichkeitsverbrechern folgen diejenigen Schwachsinnigen, welche Eigentumsdelikte begangen haben.

27 Paul Koc., 31jähriger Gärtnergehilfe aus sozial minderwertiger Sippe, war schon in der Schule weit unter dem Durchschnitt, kam später in Fürsorgeanstalten, in denen er scheinheilig seine Schlechtigkeiten ausführte und aus denen er auch öfters ausbrach. Zwischen dem 13. und 16. Lebensjahr soll er 3 mal je 8, 3 und 14 Tage lang durchgeschlafen haben (?). Außerdem hatte er vom 18. Lebensjahr ab vereinzelt Krampfanfälle mit Einnässen, einige auch in der Anstalt, immer nach Ärger. Damalige Diagnose genuine Epilepsie. K. ist ein erheblich schwachsinniger, triebhafter Psychopath, ohne stärkere epileptische Wesensveränderung, auch seit längerem ohne Anfälle. Niemals Äquivalente. Vom 17. Lebensjahr ab 5mal wegen Diebstahls bestraft. 1930 bereits einige Monate hier (hatte eine Ladenkasse entleert, Topfblumen, Kinderpullover und Kinderspielsachen gestohlen), entwich damals, blieb auf Veranlassung der Behörde daheim und beging bald wieder Schwindeleien und Diebstähle. Bis 1936 wurden 14 weitere Verfahren eingestellt. § 51, Abs. 1. Mai 1936 wieder in die Anstalt, da er von einer Grabstätte eine Palme entwendet und Spielwaren und Puppenstoffe beim Betteln gestohlen hatte. Hier zweimal, neben weiteren Versuchen, geglückte Entweichungen (versteckte sich in einem Kellerraum und entkam durch das Fenster; benutzte Nachschlüssel, die er sich in primitiver Weise hergestellt hatte). Er lief nach den Entweichungen stets geradewegs durch Feld und Wald nach Hause, denn er hängt außergewöhnlich an seinen unter ärmlichen Verhältnissen lebenden, uneinsichtigen, schwach begabten Angehörigen. Von ihnen wie von ihm stammen zahlreiche Eingaben, Gnadengesuche und unbegründete Vorwürfe gegen die Anstalt. Hier zeigt er sich geschickt in der Schneiderwerkstatt, er sendet regelmäßig vom Verdienst der Frau Geld[2]). Er ist durchtrieben, lügenhaft, schmeichlerisch, beweglich, mit Worten nicht ungeschickt, dabei willensschwach, ichsüchtig, triebhaft, erregbar, affektlabil und sehr aufdringlich. Gelegentlich beging er sexuelle Entgleisungen mit anderen Kranken[3]).

---

[1]) Inzwischen sind noch 2 schwachsinnige Brandstifter eingewiesen worden.

26a. Kurt Boh., 21jähriger, außerehelich geborener landwirtschaftlicher Arbeiter, der schon als Jugendlicher und später auf verschiedenen Dienststellen kleinere Diebstähle begangen hatte, hat jetzt im Freien zwei Fuhren Stroh angezündet, „um sich zu wärmen". Der stark imbezille, körperlich dysplastische und mißgebildete Täter erhielt § 51, Ab. 1 zugebilligt. In der Anstalt fügt er sich, bei einfacher Tätigkeit.

26b. Johann Ehr., landwirtschaftlicher Gehilfe von 29 Jahren, hat auf seiner letzten Dienststelle aus Rache eine größere Scheune mit Inhalt angezündet und niederbrennen lassen, weil vom Dienstherren eine Magd entlassen worden war, nach der ihn heimlich verlangte, und mit der er anzubändeln gedachte. Der erheblich debile Mann erhielt zwei Jahre Gefängnis, bei § 51, Abs. 2. E. hat in der Anstalt bisher nicht gestört.

[2]) Die Kranken der Anstalt erhalten, soweit sie gut arbeiten, bis zu 0,20 RM täglich, entsprechend ihrer Leistung.

[3]) Er wurde im März 1940 unter strengen Bedingungen, nach Verschaffung eines Arbeitsplatzes in einer Fabrik, versuchsweise entlassen.

28. Der imbezille berufslose 31jährige Gelegenheitsarbeiter Alfred Lei. war in der Schule unfähig zu folgen, bestahl Schulkameraden, war im Ort als „dummer Alfred“ bekannt, bettelte nach der Schulentlassung bei jedermann, versuchte bei jeder Veranstaltung im Ort, für sich etwas zu ergattern, trieb sich überall herum, stahl und betrog. Einmal zu 2 Monaten Gefängnis verurteilt (§ 51, Abs. 2). Er hatte 4 Kartenspiele, eine Uhr (aus einer Waschküche), Zigarren und ferner beim Kohlentragen Schlittschuhe, welche er zunächst verborgen hatte, gestohlen. Seit September 1935 hier, hilft er bei einfachen landwirtschaftlichen Arbeiten. Er ist meist euphorischer Stimmung, gelegentlich gereizt, von fast klownhafter Motorik, aufdringlich und klebrig und hat auch hier wiederholt gestohlen, wobei er die Gegenstände zunächst an irgendeiner Stelle versteckte. Bei einem Neujahrsfest berührte er eine weibliche Kranke unsittlich an der Brust. Gelegentlich schlägt er zu.

29. Alfred Hei., 23jähriger triebhafter, debiler Landarbeiter, kam als verwahrloster 12 Jähriger unter Fürsorgeerziehung, erhielt als 18 Jähriger wegen vorsätzlicher Brandstiftung 1 Jahr Gefängnis, um kurz darauf wiederholt (auch gemeinschaftlich) zu stehlen und zu betrügen. Öfters bestraft. Jetzt hatte er lügenhaft von seiner Mutter das Fahrrad des Stiefvaters geborgt und verkauft, durch Schwindel von der Tochter eines Schuhmachers ein Paar fremde Stiefel erhalten und verkauft (er habe es „aus Blödsinn getan und das Geld verfressen“). Er erhielt 10 Monate Gefängnis. § 51, Abs. 2. Im Sept. 1939 hier aufgenommen, war er zunächst fleißig, schien sich einzufügen, entwich aber nach 5 Wochen, nachdem er sich im Stall versteckt hatte. Die Anstaltskleidung schickte er 8 Tage später mit der Post zurück. Er konnte bei seinen Eltern festgenommen werden. Vorläufig nimmt er sich in der Anstalt zusammen.

Der Staatsanwalt schrieb nach der Entweichung, H. befinde sich nicht zur Besserung, sondern nur zur Sicherung hier, und ferner: „Wenn ich auch bei Lage des Falles davon absehe, ein Verfahren wegen fahrlässiger Gefangenenbefreiung einzuleiten, so sehe ich doch keine Veranlassung, die durch die Entweichung des H. entstandenen Kosten zu übernehmen.“

H. ist gegenüber den beiden davor beschriebenen schwachsinnigen Eigentumsverbrechern, willensschwachen und triebhaften Dieben, äußerlich weniger auffällig, ungleich aktiver und gefährlicher, er steht auch intellektuell über den beiden. Alle drei sind in der Heilanstalt wenig am Platze am ehesten noch L. (Fall 28).

30. Friedrich Blo., 62jähriger debiler Gärtner mit angeborener Lues, ungewöhnlich asthenisch, groß, mit dysplastischer Schädel- und Gesichtsbildung und vorstehendem Unterkiefer, bis 1936 über 21 mal bestraft. Nach seiner Angabe hat er die Gesellen- und Meisterprüfung bestanden (?), ist im Jahre 1903 als Gärtner auf eine Missionsstation nach Afrika gegangen, hat dort geheiratet und ist 1906 nach dem Tode der Frau zurückgekehrt, ist 1916 bis 1918 als Sanitäter an der Front, dann bis 1926 wieder selbständig als Gärtner tätig gewesen. Danach auf Wanderschaft, heiratete er 1936 wieder, wurde Bezirksgärtner (?) in Mitteldeutschland und ging nach dem Tode der 2. Frau wieder auf Wanderschaft. Seit 1928 Invalidenrente. In der letzten Zeit hat er sich von Geschäftsleuten in der Rhön aufnehmen und verpflegen lassen.

denen er — völlig mittellos — ansehnliche Beträge aus Hausverkäufen oder aus den Geldsendungen seiner im Ausland befindlichen Kinder versprach.

Als Debilem wurde ihm, unter Anrechnung der Psychopathie, § 51, Abs. 1 zugebilligt. Hier half er bei verschiedenen einfachen Arbeiten, doch durfte man ihm nicht zu viel Selbständigkeit lassen. Er hat vielerlei Wünsche und verschiedenste körperliche Klagen. Vor kurzem hat sich im Anschluß an eine Grippe eine Lungentuberkulose entwickelt, die ihn arbeitsunfähig macht[1]).

B. hätte, wenn man von der später aufgetretenen Lungentuberkulose absieht, auch in einem geschlossenen Heim untergebracht werden können. Unzurechnungsfähig ist er sicher nicht.

Stand schon bei der Persönlichkeit und Kriminalität dieses Untergebrachten weniger der (nur leichte) Schwachsinn als vielmehr die Psychopathie im Vordergrund, so gilt dies noch stärker für den nächsten Fall.

31. Ferdinand Die., aus dem westlichen Grenzgebiet, 35 Jahre alt, Hilfsschüler, später lange Jahre Schiffsknecht in Frankreich, landwirtschaftlicher Arbeiter und auf Wanderschaft, oft betrunken, hatte 1936 mehrere Verfahren wegen Beleidigung der Hitlerjugend und wegen kommunistischer Äußerungen und hat 1937 im Rausch die Wehrmacht beschimpft. Angeblich konnte sich D. an nichts erinnern. Wegen erheblicher Debilität in Verbindung mit der Alkoholwirkung § 51, Abs. 1. Bereits 1936 war ein ähnliches Verfahren (auch auf Grund § 51, 1) eingestellt worden. Seit März 1938 hier, entwich D. im Januar 1939 bei der (fleißig betriebenen) Gartenarbeit. Tags darauf aus einem 18 km entfernten Dorf zurückgebracht, entwich er bereits im Mai 1939 abermals. Erst im Juli wieder zugeführt. D. muß wegen der Fluchtgefahr auf einer geschlossenen Abteilung sein (einfache Hausarbeit, Heimarbeit). Seine Arbeitskraft kann dadurch nicht entfernt zur Geltung kommen. Er neigt zu unüberlegten, auch kindischen Handlungen, ist ziemlich interesselos, gleichgültig, unauffällig, stört nicht stärker, neigt aber etwas zum Komplottieren.

D. ist im Gegensatz zu den davor beschriebenen Schwachsinnigen weder körperbaulich noch ausdrucksmäßig auf der Abteilung stärker auffällig. Er wäre in einem Arbeitshause, einer Strafanstalt oder Sicherungsanstalt billiger und nutzbringender untergebracht. Seine Unterbringung auf einer geschlossenen Abteilung ist durch die Fluchtgefahr erzwungen, aber sehr unzweckmäßig.

Psychopathien.

Von den 4 bisher hier untergebrachten Psychopathen ist einer ein Sittlichkeitsverbrecher, ein anderer ein explosiver, gemütskalter Gewalttätiger, während die beiden übrigen (darunter eine Frau) Schwindler sind[2]).

---

[1]) Er wurde deshalb vor kurzem in eine andere Anstalt verlegt.

[2]) Ein weiterer inzwischen hier untergebrachter Psychopath ist Fall 35a.



32. Max Gei., ledig, 32 Jahre alt, mit Primareife, seit dem 17. Lebensjahr regelmäßig und oft Geschlechtsverkehr ausübend, vorübergehend Polizeibeamter, 1931 wegen Dienstversäumnis entlassen, seit dem 24. Lebensjahr viermal straffällig (teils Freiheits-, teils Geldstrafen, wegen gefährlicher Körperverletzung, Ruhestörung, Widerstands und Erregung öffentlichen Ärgernisses) beging in über 30 Fällen exhibitionistische Handlungen, erstmals nach einem auslösenden Erlebnis und dann fast stets unter Alkoholwirkung. Jetzt 2jährige Gefängnisstrafe wegen Entblößens, vollbrachten Verbrechens der Unzucht mit Kindern in 2 Fällen und des versuchten in 9 Fällen, in allen Fällen zusammen mit Erregung öffentlichen Ärgernisses, in 10 weiteren Fällen allein wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses. § 51 Absatz 2 wegen hochgradiger Willensschwäche. Die Entmannung wurde in der Revision abgelehnt, da der Schutz der Allgemeinheit schon durch die Unterbringung erreicht werde. G. ist gut begabt. Er ist verschlossen, geschmeidig und verschlagen. Er hilft in der Buchbinderwerkstatt. Einer aushelfenden älteren Pflegerin verstand er es, sich gefällig zu zeigen, um sich Vergünstigungen zu verschaffen und sich ihr zu nähern. Später auf eine Außenabteilung gebracht, erschien er ausbruchsverdächtig, so daß er zurückverlegt werden mußte[1]).

Die Kastration ist in einem Falle wie diesem mit unzutreffender Begründung abgelehnt worden. Denn sie dient nicht nur dem Schutz der Allgemeinheit außerhalb der Anstalt, sondern selbstverständlich auch dem Schutz der Umgebung des Untergebrachten in der Anstalt vor dem triebhaften und oft triebstarken Psychopathen und schließlich dem Schutz des Sexualverbrechers vor sich selbst. Außerdem ermöglicht die Kastration in solchen Fällen oft eine frühe Entlassung. Auch an der Berechtigung der Zuerkennung einer erheblichen Minderung der Zurechnungsfähigkeit kann man billigerweise zweifeln. Als gefährlicher Gewohnheitsverbrecher (nach § 20a StGB.) wurde G. noch nicht verurteilt. Damit entfiel die Möglichkeit, die Sicherungsverwahrung anzuordnen. Auch bei diesem Psychopathen kann die Arbeitsmöglichkeit nicht entfernt ausgeschöpft werden, worunter G. selbst leidet.

33. Hermann Wer., 1880 geboren, gelernter Kellner, später Trödler, seit 1901 im ganzen 30mal mit Gefängnis, 3mal mit Zuchthaus, und 7mal mit Geldbußen bestraft (vielmals wegen Hehlerei, im übrigen wegen Unterschlagung, Diebstahls, Beleidigung, Pfandentziehung, Körperverletzung, Bedrohung, unerlaubten Waffentragens und Hausfriedensbruch). In den Jahren 1906—1908 sechsmal in einer anderen Heilanstalt, entwich dort. Der kleine, pyknische, äußerst geschwätzige, aufdringliche und verlogene, nur mäßig begabte Mann war bereits 1926 kurz hier, da er während der Strafhaft in Eingaben unter groben Beschuldigungen der Staatsanwaltschaft geäußert hatte, seine Taten würden ihn nur unterstellt, seine frühere Haushälterin habe ihn denunziert (soweit nicht Vortäuschung, war es anscheinend eine abnorme Reaktion in der Haft). Seit Februar 1934 hier, nach einer Strafe von 1 Jahr 6 Monaten Gefängnis wegen gewerbsmäßiger Hehlerei und Hehlerei im Rück-

[1]) O. ist inzwischen mit seiner und des Amtsarztes Zustimmung entmannt worden, gemäß Ges. d. Verhüt. erbkr. Nachwuchses.

fall (hatte öfters gestohlene Fahrräder weiterverkauft). Im Urteil als moralisch minderwertig, aber nicht als gefährlicher Gewohnheitsverbrecher bezeichnet. § 51 Abs. 2. W. ist schwach begabt, hier unermüdlich im Briefeschreiben, Vorbringen belangloser Klagen, falscher Darstellung seiner Vergangenheit, Förderung erneuter Überprüfung. Zeitweise etwas verstimmt, schlägt gelegentlich hilflose Mitkranke und bedroht sie. Geringe Arbeitsleistung (Heimarbeit auf einer geschlossenen Abteilung). Eine Herzmuskelschwäche erfordert in letzter Zeit zuweilen Bettbehandlung.

34. Heinrich Rög., 1904 geboren, Kaufmann, in der Schule „faul und unbegabt", einmal „wegen einer unflätigen Handlung vom Schuldiener mit dem Stock bestraft". 1917 Kopfunfall. Seit 1921 ununterbrochen straffällig, über 20 Vorstrafen wegen Widerstands, Körperverletzung, Beamtenbeleidigung, Nötigung, Sachbeschädigung, Urkundenfälschung, Freiheitsberaubung, Gefangenenbefreiung, Betrugs, Hausfriedensbruchs, meist unter Alkoholwirkung. Dabei verträgt R. große Mengen Alkohols, wird aber dann noch aktiver und hemmungsloser. R. hat sich an zahlreichen Saufereien beteiligt oder solche veranstaltet und dabei bis zu 30 und 40 RM ausgegeben. Rund 20 weitere Strafverfahren wurden eingestellt, weil § 51 Absatz 1 hätte angewendet werden müssen.

R. ist der Typ des abgefeimten, gemütskalten, brutalen, ichsüchtigen Psychopathen, ohne jede echte zwischenmenschliche oder soziale Bindung, unerziehbar, dabei heuchlerisch, durchschnittlich begabt. Er half der Mutter zuletzt bei ihrem Obstgeschäft. Diese versuchte ihm wiederholt in die Anstalt Geld einzuschmuggeln; sie bezeichnete ihn als im Einkauf und Verkauf äußerst tüchtig.

Von Juli 1932 bis April 1933 hier, nachdem er auf einem Schützenfest nach Alkoholgenuß einen andern brutal im Gesicht verletzt und nach der Festnahme sinnlose Zerstörungen begangen hatte; von März bis Juli 1934 hier, weil er in angetrunkenem Zustand einen SA-Mann blutig geschlagen, den Polizeibeamten wildesten Widerstand geleistet und andere Beamte tätlich angegriffen hatte. R. wurde damals vorläufig hier untergebracht, für haftfähig erklärt, verurteilt, büßte 6 Monate ab und kam im Januar 1935 wieder hierher. Im Juli 1935 entwichen, klagte er in einem Brief an den Reichsstatthalter beweglich darüber, daß er das Zusammensein mit Geisteskranken nicht ertragen könne (obwohl er in der Anstalt heimtückisch harmlose Kranke gereizt und brutal geschlagen hatte, sobald er sich unbeobachtet glaubte), versprach himmelhoch Besserung, ging ins Ausland, kehrte zurück und stellte sich im September 1935. Er stahl in der Anstalt wiederholt, intrigierte in der verlogensten Weise, tyrannisierte die Pfleger und hetzte. Auf eigenes Drängen und Wunsch des Vormundes schließlich in eine andere Anstalt verlegt und dort entlassen, ist er inzwischen schon wieder straffällig geworden.

Beim ersten Anstaltsaufenthalt „epileptiforme Anfälle nach Alkoholgenuß", auf den Schädelunfall bezogen, später keine Anfälle mehr, auch nicht unter Alkoholwirkung. R. behauptete, er habe die ersten Anfälle nur vorgetäuscht. Die Entmündigung wurde zunächst abgelehnt, weil er ohne Alkoholeinwirkung zurechnungsfähig sei, später aber durchgeführt. Wegen schweren Alkoholismus' sterilisiert. Während des Erbgesundheitsverfahrens setzte R. es durch, vor dem Obergericht persönlich zu erscheinen, drang in die Klinik ein und bedrohte den Arzt, der ihn begutachtet hatte. Das Gericht nahm für die Zeit der Straftaten Dämmerzustände unter Alkoholeinwirkung an: § 51, Abs. 1 R. wurde nicht nur nach § 42b (als unzurechnungsfähig) sondern auch nach § 42c (Trunksucht), also befristet, untergebracht, um ihn nicht durch die

„depressiven Eindrücke in der Anstalt“ „seelisch zugrunde zu richten“. Die in der Anwendung des § 42c liegende Milderung ist offensichtlich eine Folge der von R. geschickt im Verfahren vorgebrachten Argumente. Seine Umgebung kann sich nur schwer der suggestiven Einwirkung seiner überzeugungsvoll und aufdringlich vorgebrachten Gründe und Forderungen entziehen.

R. hat in der Anstalt durch zahlreiche Schreiben, teils frecher, teils heuchlerischer Art unmittelbar oder über den Vormund alles Mögliche zu erreichen gesucht, immer wieder die Pfleger des Diebstahls beschuldigt, die Anstalt für angeblich verlorengegangene Gegenstände haftbar gemacht, und er hat z. B. mehrfach erreicht, daß ihm von den Anstalten wenigstens Hosenträger ersetzt wurden. Er ist bisher der störendste aller in der Anstalt Untergebrachten gewesen.

35. Ilse Bec., 1904 geb., erheblich jünger aussehende, mädchenhaft wirkende schwere Psychopathin, besuchte das Lyzeum, galt bereits in der Schule für schwierig, zum Lügen und Betrügen neigend, später als Erzieherin, Modistin und Haustochter in verschiedenen Gegenden Deutschlands, stets wegen ihrer Betrügereien entlassen, hatte zahlreichen Geschlechtsverkehr, 1924 Tripper, war später wegen einer Adnexitis im Krankenhaus, ist etwa 20mal wegen schwerer Urkundenfälschung, Betrugs, Zechprellereien und Diebstählen bestraft. Weitere Verfahren wurden eingestellt (§ 51, 1). B. fand immer wieder Menschen, die sich für sie interessierten, ihr glaubten und sie aufnahmen, bis sie sie betrog oder mit dem ersten besten Mann davonlief. Sie tut alles mit großer Verstellung und Liebenswürdigkeit. 1923 Selbstmordversuch. Weder Strafen noch Anstaltsunterbringung konnten sie bessern. Ihr unbescholtener Vater, weich veranlagt, beging, um ihr geldlich zu helfen, eine Unterschlagung. § 51 Absatz 1, obwohl vom Gutachter nur der Absatz 2 für anwendbar gehalten worden war.

Seit November 1933 ununterbrochen hier. Im Februar 1934 wegen „Geisteskrankheit“ entmündigt, hat regen Briefwechsel, versteht noch heute, Leute für sich zu gewinnen, ist gewandt und freundlich, eine fleißige Schneiderin. Dabei lügt und betrügt sie auch hier, soweit sie es vermag, hetzt Kranke und Pflegepersonen widereinander, beging auch hier Diebstähle, beschenkte Personen außerhalb der Anstalt mit gestohlenen Sachen und versucht auch immer wieder, sich Männern bei den Anstaltsfesten, bei dem regelmäßig ausgeübten Kirchgang oder sonst (durchs Fenster) zu nähern. B. ist unerziehbar, verspricht stets unter Tränen und vorgeblicher Reue Besserung, um sogleich rückfällig zu werden.

Die vier untergebrachten Psychopathen stören alle erheblich in der Anstalt, zum Teil (Heinrich R., Fall 34) ungewöhnlich schwer. Ihre Arbeitsfähigkeit kommt, bis auf die der Ilse B. (Fall 35) nicht zur Geltung. Alle brauchten die straffe Zucht einer Verwahr-, Sicherungs- oder Strafanstalt. Sowohl bei Ilse B. wie bei Heinrich R. war der Schutz des Absatz 1 des § 51 nicht angebracht. Die Anwendung des Absatz 2 hätte die notwendige Bestrafung ermöglicht und die gleichzeitige Verhängung der Sicherungsverwahrung erlaubt. Max G. (Fall 32) hätte zudem kastriert werden müssen[1]).

---

[1]) Nach dem 1. März 1940 wurde noch eingewiesen: 35a. Karl Mül., 65 jährig, aus einer ungewöhnlich schwer und zahlreich kriminellen Sippe, viel-

Alkoholismus.

Es bleibt noch übrig, über die vier hier untergebrachten Alkoholiker zu berichten. Alle vier sind willensschwache Psychopathen. Drei von ihnen sind hauptsächlich durch Gewalttaten im Zusammenhang mit Alkoholgenuß aufgefallen und auf die schiefe Ebene gekommen, einer davon (Fall 36) erst in mittleren Jahren nach einwandfreiem Leben. Der vierte, bei dem sich die Sucht am meisten zeigt, hat mehrmals gute Ansätze zu sozialem Aufstieg gezeigt, ist aber stets schließlich wieder rückfällig geworden und hat jetzt zahlreiche, unmittelbar aus dem wirtschaftlichen Abgleiten entspringende Betrügereien begangen. Alle sind gemäß § 42c eingewiesen worden, und keinem wurde der § 51 Absatz 1 oder 2 zugebilligt. Trotz gewisser Gemeinsamkeiten zeigen die Persönlichkeiten bemerkenswerte Unterschiede.

36. Friedrich Stei., 54jähriger verheirateter Stellmacher, ist im Krieg schwer verwundet worden (an beiden Beinen und Armen, heute noch Eiterung an der rechten Schulter) und 80 v. H. erwerbsbeschränkt. Früher nicht straffällig, auch nicht trunksüchtig, nach Kriegsschluß pflichttreuer Gemeindediener, bis er ans Trinken kam. Seit etwa 1928 sollen — so gibt er als Grund an — Streitigkeiten in der Ehe bestehen. Einmal ernsthafter Selbstmordversuch (Schuß in die Brust). St. wurde zum Trinker und setzte den größten Teil seiner Rente in alkoholische Getränke um, meist in Schnaps, den er, nach Verbot des Schenkbesuchs daheim, im Bett liegend, aus der Seltersflasche trank. Er trank sogar den zur Reinigung seiner Wunde verordneten Alkohol. Er bedrohte wiederholt seine Umgebung, bis das ganze Dorf gegen ihn war. In der letzten Zeit fast täglich betrunken. Er schlug die Tochter blutig und ging auch auf die Frau los. Seitdem St. trinkt, hat er kleinere Diebstähle begangen, doch fürchtete sich jeder, ihn anzuzeigen. Angeblich kommt auch mancher in der Gemeinde verübte Unfug auf sein Konto, der nach seiner Entfernung aus dem Dorf aufhörte. Schließlich wegen gefährlicher Körperverletzung in Tateinheit mit Bedrohung zu 3 Monaten Gefängnis verurteilt (sinnlose Trunksucht, in die er sich vorsätzlich versetzt habe). In der Anstalt ist St. eifrig, er hilft, wo er kann, beteuert immer wieder seine Besserungsabsichten, ist jedoch charakterlich bereits durch den Alkohol verändert. In letzter Zeit wiederholt Operationen an der noch eiternden Schulter. Ob St., wie Leute aus dem Dorf annehmen, absichtlich den Heilungsvorgang verzögerte, hat sich nicht beweisen lassen.

---

fach seit 1900 wegen Hausfriedensbruchs, Unterschlagung, Gefangenenbefreiung, Hehlerei, Körperverletzung usw. vorbestraft. Jetzt hatte der aller sozialen Bindungen entbehrende, häufig betrunkene Mann aus Rache in stark angetrunkeneme Zustande versucht, durch Vergießen und Anzünden von Benzin nachts unter einer Haustür Feuer zu legen. Das Wohnhaus war von mehreren Familien bewohnt. Für die heimtückische Tat erhielt er 1 Jahr Zuchthaus, bei § 51, Abs. 2. M. ist seit Jahren unfruchtbar gemacht. Er ist wendig, geschmeidig, geschickt, lügenhaft und triebhaft, dabei gemütskalt. Bisher hilft er fleißig.

37. Hermann Bac., ebenfalls Schwerkriegsbeschädigter (Verletzung von Oberarm mit Schulter rechts), 43jähriger Arbeiter, schlank, mittelgroß, wendig, seit einer Reihe von Jahren Gewohnheitstrinker. 1925 Ehescheidung wegen Untreue der Frau, die — selbst wenig charakterfest — von ihm mißhandelt und angeekelt, mit anderen Männern Umgang suchte. Damals ging B. noch regelmäßig der Arbeit nach und bezahlte seine Trinkschulden. B. hat einmal im Rausch einen anderen Mann im Gasthof grundlos in die Brust gestochen, einen weiteren gewürgt. Er ist seit 1928 5mal mit Gefängnis bestraft (mehrfach wegen Körperverletzung, ferner wegen Sachbeschädigung und unbedachter politischer Äußerungen, stets nach Alkoholgenuß begangen). Schon 1930 von der Polizei als „Gefahr für die Umgebung" bezeichnet. Im März 1938 wegen Verschwendung und Trunksucht entmündigt, schon davor Wirtshausverbot. Die Rente wurde nach Empfang in alkoholische Getränke umgesetzt. Betrunken belästigte B. andere Menschen, drohte das ganze Dorf anzuzünden, andere zu erstechen, zerschlug bei der Mutter Möbelstücke oder bei Verwandten eine Haustür oder etwa beim Wirt eine Fensterscheibe, weil dieser ihn nicht einlassen wollte. Er drohte im Rausch mit Totschlag. Jetzt wegen Bedrohung 1 Monat Gefängnis. Er befindet sich seit März 1939 hier. In der Anstalt ist er willig, gefällig, ruhig, unauffällig, fleißig. Er wird mit Heimarbeit, Botengängen u. dgl. beschäftigt.

38. Bernhard Hon., 53 jähriger Malergehilfe, seit 1907 insgesamt 12 Strafen wegen Verführung, Unfugs, Bettelns, Einbruchdiebstahls, Unterschlagung, Körperverletzung, Hausfriedenbruch, Bedrohung und insbesondere wiederholten schweren Diebstahls. Frontkämpfer, später im Ausland tätig. H. hat jetzt betrunken seine Wohnungseinrichtung zerschlagen und Widerstand geleistet: er wolle von der Frau weg. Die Frau ist von ihm öfters schwer mißhandelt worden. Vor kurzem ist die 2. Ehe nach kurzer Dauer mit seiner Schuld (Ehebruch und Ehezerrüttung) geschieden worden (wie auch die erste Ehe 1915). H. fröhnt seit langem dem Trunke und neigt dann zu Gewalttätigkeiten. Dabei soll er nüchtern ein guter und geschickter Arbeiter sein. 6 Monate Haft und 4 Monate Gefängnis. Die zunächst nur auf 6 Monate beschlossene Unterbringung wurde im Revisionsverfahren unbefristet gehalten.

In der Anstalt fleißig (Tüncher), suchte allerdings bald nach der Aufnahme durch verschiedene Gesuche seine Entlassung zu erreichen, drängte sich in den Vordergrund, auch nicht immer aufrichtig. Von Januar 1939 bis Februar 1940 hier, dann wurde unter strengen Bedingungen (Wirtshausverbot, regelmäßige polizeiliche Meldung usw.) die Unterbringung ausgesetzt. H. ist ein willensschwacher Psychopath und im Gegensatz zu den beiden davor beschriebenen Alkoholikern schon in verhältnismäßig jungen Jahren und nicht erst unter der unmittelbaren oder mittelbaren Wirkung des Alkoholgenusse straffällig geworden.

39. Oswald Dem., begabter, früher stattlicher, jetzt die körperlichen Zeichen des chronischen Alkoholismus bietender 51 jähriger Mann, hatte bei der Kriegsmarine die besten Aussichten, kam um das 20. Lebensjahr ans Trinken, mußte schließlich wegen dienstlicher Verfehlungen zur Handelsmarine übertreten. Während des Weltkrieges in englischer Gefangenschaft, danach Gendarm in Baden, bestand die Prüfung und erhielt die besten Beurteilungen, bis er wieder zu trinken begann, nachlässiger im Dienst wurde, in Wirtschaften herumsaß und schließlich nach 8jähriger Dienstzeit entlassen werden mußte. Dann beim Finanzamt, hielt sich zunächst, bestand die Prü-

fung als Steuerassistent, bis er nach rund 6 Jahren wieder versagte. Er beging, um seine Trinkschulden zu decken und um seiner in Not geratenen Familie zu helfen, fortgesetzt in insgesamt über 3000 Fällen Unterschriftsfälschungen und Unterschlagungen. 1936 wegen schwerer Unterschlagung 1 Jahr 3 Monate Gefängnis. Von August 1935 an hatte er täglich für 5—6 RM vertrunken. Als die Verfehlungen aufgekommen waren, zwei ernstgemeinte Selbstmordversuche. In der Anstalt hat sich D. einwandfrei geführt, er konnte bald zu Büroarbeiten herangezogen werden, arbeitete sich gut ein, war zuverlässig und konnte schließlich — im August 1937 eingewiesen — im Mai 1939 zu seiner Frau entlassen werden, die unentwegt an ihm festgehalten hatte.

Mit Ausnahme von Hermann B. (Fall 37) ist bei den Alkoholikern hier das Verfahren auf Unfruchtbarmachung wegen schweren Alkoholismus' eingeleitet worden. In zwei Fällen ist der Eingriff bereits durchgeführt, im Falle St. (Fall 36) wegen der noch bestehenden Eiterung vorläufig aufgeschoben.

D. Ergebnisse und Folgerungen.

Die dargestellten Fälle können im ganzen trotz der verhältnismäßig kleinen Zahl als Beispiel für einige allgemeinere Betrachtungen dienen. Nur in großstädtischen Bezirken dürften sich gegenüber den hiesigen, ländlichen und bis zur Mittelstadt reichenden Verhältnissen einige, nicht wesentliche, Unterschiede ergeben.

Alle in Hildburghausen Untergebrachten hätten bei der Art ihrer Abartigkeit oder Krankheit zur Zeit der Unterbringung jederzeit draußen wieder straffällig werden können. Durch die Unterbringung ist also ohne Ausnahme eine große Gefahr für die Volksgemeinschaft außerhalb der Anstalt beseitigt, die Unterbringung ist durchweg zu Recht angeordnet worden.

Eine sehr erhebliche Zahl der Untergebrachten wurde erstmals einer Anstalt zugeführt, keineswegs nur Psychosen, die auf diese Weise zugleich in Behandlung genommen werden konnten, oder etwa frühzeitig genug der Freiheit entzogene schwachsinnige oder psychopathische Rechtsbrecher. Bei manchem fällt auf, wie spät sie erstmals in die Hand des Facharztes gekommen sind. Das zur Unterbringung führende Delikt ist zuweilen verhältnismäßig belanglos gewesen; es war aber der Anlaß, um entweder eine vorher schwerer kriminell gewesene Persönlichkeit in ihrer Freiheit zu beschränken, oder aber um früh genug weitere Entgleisungen zu verhindern. Erwähnt sei auch, daß durch die Unterbringung nicht selten eine frühzeitigere rassenhygienische Erfassung möglich wurde, als dies sonst der Fall gewesen wäre.

Allgemeine Gesichtspunkte:

Es sind verschiedene Gesichtspunkte bei der Unterbringung miteinander in Einklang zu bringen. Zunächst soll die Volksgemeinschaft geschützt werden. Tatsächlich wird dies auch von allen Bearbeitern in den Vordergrund gestellt, angefangen bei der Begründung des Reichsjustizministeriums zum Gesetz (künftig kurz Begründung genannt)[1].

In dieser heißt es, daß das Strafrecht bisher gegen den verbrecherischen Geisteskranken versagt habe, und daß das Gesetz den vordringlichen Forderungen auf Schaffung gesetzlicher Grundlagen für eine wirksame Verbrechensbekämpfung nachkommen solle. Die Unterbringung ist also zunächst und hauptsächlich als Maßnahme des Strafvollzugs gedacht, wenngleich schon im Gesetz und ebenso in der Begründung auch andere Absichten angeführt werden, wie Besserung, Erziehung, Ausschaltung aus dem Erbstrom durch die Verwahrung. Daß in der Begründung lediglich von verbrecherischen Geisteskranken die Rede ist, deutet darauf hin, daß man an Geisteskranke, nicht dagegen oder kaum an Schwachsinnige oder Psychopathen gedacht, diese zumindest aber als geisteskrank eingeschätzt hat. Dabei sind diese Persönlichkeiten bekanntlich schon bei der Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit und ebenso bei der Bemessung der Strafe ganz anders als die Geisteskranken zu bewerten. Warum sollten sie es nicht auch hinsichtlich ihrer Eignung für die Unterbringung in einer Heilanstalt sein? Man wollte die Gemeinschaft vor den erheblich vermindert Zurechnungsfähigen, Unzurechnungsfähigen und Süchtigen schützen. Diese aber sind keineswegs irgendwie einheitlich als „Geisteskranke" zusammenfaßbar, sondern eine recht vielfältig zusammengesetzte Gruppe, die eine entsprechend differenzierte Beurteilung bei der Frage der Unterbringung verlangt.

Zu der beabsichtigten Sicherung der Volksgemeinschaft durch die Unterbringung tritt die Aufgabe, die Untergebrachten soweit wie möglich zu „bessern", also entweder zu heilen oder zu erziehen, sie aus erzieherischen oder aus Gründen der Behandlung sowie um der Senkung der Kosten willen an die Arbeit zu bringen, und schließlich die wichtige Forderung, die Gesamtbelange der Anstalt, der in ihnen untergebrachten sonstigen Kranken oder Abartigen, der Ärzte und des Personals in dem erforderlichen Maße zu wahren.

---

[1]) *Gütt-Rüdin-Ruttke:* Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, I. A. München 1934.

Wie aus den bekanntgewordenen Klagen der Anstaltsärzte und ebenso aus den hiesigen Erfahrungen hervorgeht, stört ein erheblicher Teil der Untergebrachten sehr, bis zu einem Maße, daß der normale Anstaltsbetrieb dadurch schon jetzt gefährdet wird. Es sind, wie einleitend schon erwähnt wurde, Entgleisungen verschiedenster Art, angefangen von einfacheren, aber auf die anderen Kranken abfärbenden, das Behandlungs- und Anstaltsmilieu verderbenden Schwierigkeiten bei der Einordnung in den Anstaltsbetrieb bis hin zu groben Lügereien und Diebstählen, brutalen Angriffen auf Ärzte und Personal, Durchstechereien, Entweichungen, Ausbrüchen oder groben sexuellen Verfehlungen. Dazu tritt vielfach eine starke, geradezu triebhafte Neigung, sich mit Gleichen zusammenzurotten, zu intrigieren, zu hetzen und gemeinsam zu stören.

Die Unterschiede in der Eignung für die Heilanstalt.

Die dargestellten, bisher in Hildburghausen untergebrachten Fälle lehren, wie bereits in den dazwischen eingestreuten Bemerkungen angedeutet wurde, daß sich erhebliche Unterschiede in der Eignung für die Unterbringung in der Heilanstalt ergeben.

1. Die Unterbringung an anderer Stelle als einer Heil- oder Pflegeanstalt ist möglich oder erwünscht.

2. Die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt ist wegen der Geisteskrankheit oder der Art der Abartigkeit nötig.

3. Die Unterbringung an anderer Stelle ist nötig, sei es wegen Gefährlichkeit oder Ausbruchsgefahr oder um besser eine straffe Zucht mit strenger Gewöhnung an die Arbeit anwenden zu können oder aus beiden Gründen.

Die erste Gruppe kann im folgenden fast durchweg außer Betracht bleiben. Zu ihr gehören beispielsweise ruhige Senile, manche Paralytiker oder Schizophrene in guter Remission, manche Schwachsinnige oder willensschwache Psychopathen, Personen also, welche in der Anstalt nicht stören, sich einordnen und sich beschäftigen, und welche, ohne aktiv-kriminell zu sein, zwar möglicherweise noch bei geeigneten Umständen entgleisen könnten, die aber, schon aus Platzgründen, in einem geschlossenen Heim zureichend, billiger und oft auch zweckmäßiger untergebracht wären. Auch im Verlauf der Unterbringung können die Gründe für eine derartige Verlegung eintreten, sei es durch zunehmendes Alter und wachsende Hinfälligkeit oder bei Spontanremissionen Schizophrener, durch Behandlungserfolge bei diesen oder bei Paralytikern oder etwa bei Dämpfung der allgemeinen und sexuellen Triebhaftigkeit durch

Kastration (soweit eine Entlassung noch nicht ratsam erscheint), unter Umständen auch bei manchen lenkbaren Schwachsinnigen.

Zur zweiten Gruppe, also derjenigen, die unbedingt in eine Heilanstalt gehören, zählen in der Hauptsache Kranke, die der fachärztlichen Behandlung bedürfen, gleich denjenigen Geisteskranken, welche, ohne erst kriminell geworden zu sein, schon auf Grund ihrer Krankheit der Anstalt zugeführt werden und seit je zugeführt worden sind. Es sind Kranke, bei denen die Kriminalität — oft sind es ganz unsinnige Handlungen — mehr oder minder zufällig erscheint und neben anderen Sinnlosigkeiten nicht krimineller Natur steht. *Stumpfl* spricht hierzu von einer „Reaktion", offenbar in einem allgemeinen, biologischen Sinne gemeint, und trennt diese Handlungen scharf von der „Tat", dem „Verbrechen" eines geistig Gesunden, Psychopathen oder Schwachsinnigen. Wo diese Psychotischen — es dürfte sich fast stets um Schizophrene, selten um Paralytiker oder Epileptiker, kaum jemals um Manisch-Depressive oder andere handeln — einmal besonders gefährlich werden, käme als letztes Mittel die Unterbringung in einem sogenannten festen Hause in Betracht. Im übrigen hat sich mit zunehmender Irrenbehandlung und Irrenpflege die Gefährlichkeit dieser Geisteskranken, die auch ohne das neue Gesetz wie bisher in die Anstalt gekommen wären, stark herabsetzen lassen. Die Frage der Einrichtung fester Häuser ist eine solche der allgemeinen Irrenpflege (s. a. später).

In jedem Falle sind Persönlichkeiten, die geisteskrank und nicht etwa nur abartig sind, also akut erkrankte oder schwerer defekte Schizophrene, Kranke mit stärkerer Wesensveränderung nach Hirnverletzungen oder bei Epilepsie, Epileptiker mit häufigen Anfällen und ein Teil der Arteriosklerotiker, Paralytiker oder Senilen allein in der Heilanstalt am Platz. Schließlich gehört ein geringer Teil der Psychopathen nur in die Heilanstalt, soweit nämlich fortgesetzte irrenärztliche Behandlung nötig ist, wie auch bei manchen — besonders den schwereren — Fällen von Schwachsinn.

Zur dritten Gruppe schließlich, die uns noch mehr beschäftigen wird, gehören vorwiegend Schwachsinnige und Psychopathen, Persönlichkeiten, die aus ihrer Anlage heraus sozial immer wieder schwer stören.

So scheint sich, wenn man von der Einteilung nach der Eignung für die Anstalt ausgeht, zugleich auch eine Gruppierung nach der Diagnose abzuzeichnen. Tatsächlich gibt es hier, wie auch schon die Darstellung der Einzelfälle gelehrt hat, weitgehende Übereinstimmungen. Diese sind jedoch, wie wir gesehen haben, nicht vollständig.

Einzelne Schwachsinnige oder Psychopathen gehören in die Heilanstalt. Andererseits findet sich unter den Schizophrenen eine kleine Gruppe, deren Angehörige — ähnlich wie sonst nur gewisse Schwachsinnige oder Psychopathen — in der Anstalt aufs schwerste stören, sich auch mit diesen zusammentun und ihnen vielfach im Verhalten fast gleichen. Sie sind durchweg bereits vor der schizophrenen Erkrankung Rechtsbrecher gewesen und stammen, soweit bekannt, auch aus entsprechenden Sippen. Es sind wenig oder kaum in ihrer Persönlichkeit veränderte vorwiegend paranoide Schizophrene (Fall 9 bis 11).

Man könnte bei einem Vergleich mit den übrigen mehr gelegentlich oder gleichsam zufällig, jedenfalls erst im Verlauf der Psychose und durch diese entgleisten Schizophrenen davon sprechen, daß diese nur kriminell gewordene Geisteskranke, jene aber geisteskrank gewordene Verbrecher seien und damit eine öfters erörterte, recht wesentliche Unterteilung der geistesgestörten Kriminellen wieder aufnehmen (vgl. bei *Exner*, S. 217). Etwas anderes ist es, wenn erst durch die Psychose eine schwere, fortgesetzte, auch in der Anstalt immer wieder durchbrechende kriminelle Neigung gesetzt wird. Wir haben keinen derartigen Kranken unter unseren Faällen[1]). Anlagemäßig aktiv-kriminell geartete Schizophrene könnten bei guter Remission oder nur geringem Defekt hinsichtlich der Unterbringung mit den Psychopathen gleichgestellt werden, freilich nur nach sachgemäßer, von Fall zu Fall vorgenommener Prüfung, also am besten in Sicherungsverwahrung oder in die Sonderabteilung einer Strafanstalt kommen. Damit würde die kriminelle Grundpersönlichkeit und nicht die — hier zu vernachlässigende — schizophrene Erkrankung das Maß für die Beurteilung abgeben. Es sind Rechtsbrecher, die für disziplinäre Maßnahmen empfänglich sind, wenn sie auch, wie die meisten entsprechenden Psychopathen, unerziehbar bleiben. Die Lage hinsichtlich ihrer Behandlung in der Strafrechtspflege darf etwa mit der Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit oder beim Entmündungsverfahren verglichen werden: Nicht die Diagnose schlechthin entscheidet, sondern die Gesamtlage, also Persönlichkeit und Art und Grad der geistigen Störung. Persönlichkeit und Psychose durchdringen sich immer. Die Kriminalität ist bei den schon präpsychotisch Kriminellen auch dort, wo in der Straftat psychotische Einflüsse unverkennbar sind, wesentlich anders als bei denen, die erst durch die Psychose kriminell werden. Wo die Psychose deutlicher hervortritt, käme bei

[1]) Möglicherweise wird sich der später aufgenommene J. (Fall 8a) aber zu einem solchen entwickeln.

den schweren, auch in der Anstalt aktiven Rechtsbrechern nur die Unterbringung in einem festen Hause in Betracht.

Gestört, und zwar in einer schweren, teilweise heute schon unerträglichen Weise wird der Anstaltsbetrieb hauptsächlich durch einen Teil der Schwachsinnigen — ein anderer Teil, unter ihnen die Verbrecher aus Gelegenheit oder Not, ist brav und lenksam — und durch die Mehrzahl der Psychopathen, insbesondere soweit es sich bei beiden nicht um die vorwiegend nur willensschwachen, sondern um die triebhaften, explosiblen, betriebsamen, gefühlskalten, durchweg aktiven und der sozialen Bindungen ermangelnden Rechtsbrecher handelt.

Es sind also Persönlichkeiten, die nach der heute üblichen klinischen Einteilung nicht krank, sondern abartig sind. Bei ihnen kommt mit verschwindenden Ausnahmen, etwa bei endokrinen Störungen, eine Behandlung zum Zwecke der „Besserung" nicht in Betracht, abgesehen von der Entmannung bei Sittlichkeitsverbrechern, die jedoch keine eigentliche Behandlung darstellt. Der Einfluß der Gewöhnung aber, der Erziehung, der günstigen Umweltsgestaltung und „Beschäftigung" liegt bei diesen Persönlichkeiten auf einer ganz anderen Ebene als etwa bei den Psychosen, insbesondere Schizophrenien, bei denen auch dies alles zur Behandlung gehört. Die Geisteskranken müssen behandelt werden, die Schwachsinnigen und Psychopathen müssen in Erziehung und in straffe Zucht kommen und notfalls gebändigt werden. Nicht nur aus vielfältiger allgemeiner Erfahrung, sondern auch aus erbbiologischen Vorstellungen heraus ist man heute mit Recht sehr zurückhaltend in der Einschätzung solcher Umweltbeeinflussung bei den kriminellen Abartigen. Bei ihnen steht die Sicherung ganz im Vordergrund, und die Rückfallsgefahr ist bei ihnen sehr groß. Das lehren auch unsere Fälle[1]).

Es sind drei Fragen vor anderen, die bei den schlecht oder gar nicht in die Heilanstalt passenden Untergebrachten eine nähere Erörterung verdienen: 1. die Unterbringung innerhalb der Heilanstalt, 2. die Möglichkeit der Beschäftigung und 3. die Aussichten auf „Besserung", mithin auf die Erreichung des Zwecks der Unterbringung und damit auch die Möglichkeit der Entlassung.

---

[1]) Die Forderung der Befreiung der Heilanstalten von den Anlageverbrechern erhebt auf Grund einer Untersuchung der in Werneck (Bayern) Untergebrachten auch Käthe Makowski.

Die Unterbringung innerhalb der Heilanstalt.

Wohl fast durchweg wird in den Anstalten so verfahren — auch *Meggendorfer* vertritt diese Ansicht und unsere Erfahrungen sprechen ebenfalls dafür —, daß die Untergebrachten auf verschiedene Abteilungen verteilt werden. Das ist schon wegen der Unterschiede in der Erkrankung bzw. Abartigkeit der einzelnen Untergebrachten notwendig, zum andern aber auch deshalb ratsam, um die Anhäufung von Störenfrieden und Gewalttätigen auf einer einzelnen Abteilung, ihre gegenseitige Beeinflussung und eine gemeinsame Widersetzlichkeit zu verhüten. Eine nur oder hauptsächlich aus Kriminellen bestehende Abteilung würde rasch mehr das Gesicht einer Gefangenenabteilung als das der Abteilung einer Heilanstalt erhalten.

Bekanntlich verlangt es schon unter gewöhnlichen Anstaltsverhältnissen dauernde Aufmerksamkeit, die Krankenabteilungen richtig zusammenzusetzen und durch fortgesetzte Überprüfung und geeignete Verlegungen rechtzeitig Zusammenstößen und sonstigen Schwierigkeiten vorzubeugen. Die wachsende Anhäufung von Kriminellen auf den Krankenabteilungen erhöht diese Gefahren ungemein. Bei weiterem Ansteigen der Zahl der Kriminellen in der Anstalt ist bald, durch die begrenzte Zahl der Abteilungen, hier die Grenze des Möglichen erreicht, und es müssen wohl oder übel ungeeignete, für die Kranken wie für die gesunde Umgebung gefährliche Zusammenlegungen bleiben. Manche Untergebrachten können überdies nur auf bestimmten Abteilungen gehalten werden, z. B. nicht auf Außenabteilungen, da sie fluchtverdächtig, ausbruchsverdächtig oder sonstwie besonderer Sicherung und Überwachung bedürftig sind. Einzelne Untergebrachte können sogar aus diesen Gründen nicht einmal in den Garten gebracht werden, müssen also in dieser Beziehung schlechter als in Strafanstalten gehalten werden. Es fehlt ihnen, durch die Verhältnisse gezwungen, die Möglichkeit, sich körperlich auszuarbeiten. Der Entzug des Aufenthalts im Freien und der Mangel an körperlicher Tätigkeit erhöhen wiederum die Mißstimmung und schaffen weitere seelische und körperliche Konfliktstoffe.

Selbst Aufnahmeabteilungen für halbruhige und ruhige Kranke müssen beispielsweise in Hildburghausen dauernd einzelne gefährliche Untergebrachte beherbergen, zum Nachteil der zur Behandlung oder zur Begutachtung aufgenommenen Kranken.

In den Heilanstalten sind, entsprechend dem Fortschreiten der Irrenpflege, die festen Zimmer in den letzten Jahrzehnten stark

verringert worden, einzelne Anstalten haben überhaupt keine derartigen Einrichtungen mehr. Diese Einzelzimmer auf den festen Abteilungen wurden bisher für kurzdauernde Isolierungen von Psychotischen, von körperlich Kranken oder Sterbenden, für die Absonderung von Tuberkulösen oder sonstigen Infektiösen oder schließlich, bei offener Tür, für einzelne abgetrennt arbeitende Kranke gebraucht. Jetzt müssen sie nötigenfalls der Isolierung von Untergebrachten zum Zwecke der Sicherung innerhalb der Anstalt, der Erziehung oder Bestrafung dienen und werden damit ihrem ärztlichen Zwecke entzogen.

Es liegt auf der Hand, daß die Isolierung von Psychopathen oder Schwachsinnigen unter den genannten Umständen nichts als eine Art Einzelhaft ist, um die Umgebung vor den Kriminellen zu schützen, und daß solche Maßnahmen aus Gründen einer geeigneteren Erziehung und Arbeitsverwendung gerade dieser Untergebrachten unzweckmäßig sind. Auch widerstreiten sie den irrenärztlichen Gepflogenheiten. Die das in der Heilanstalt Erträgliche weit übersteigende Notwendigkeit zu immer neuen Verlegungen und Umgruppierungen eines Teiles der Untergebrachten verlangt überdies nicht nur vom Pflegepersonal, sondern auch von den Ärzten ein Maß an Zeit, Kraft und Aufmerksamkeit, das anderen Aufgaben entzogen wird und sich bei richtigerer Unterbringung dieser Kriminellen erübrigen würde.

Manche der untergebrachten Psychopathen verstehen es sehr geschickt, sich rasch zu unentbehrlichen Helfern der Pfleger heraufzuarbeiten, um Vergünstigungen auf der Station zu erreichen und, wenn nicht ständig schärfste Aufmerksamkeit herrscht, zu täuschen, zu hetzen, Durchstechereien zu begehen. Dies paßt ganz zu der Beobachtung von *Mauz*, daß nämlich bei dem früheren Strafvollzug in Stufen gerade die unverbesserlichen Rückfälligen sich die Vergünstigungen der obersten Stufe zu verschaffen wußten, während einmalige, kriminalbiologisch weit besser zu beurteilende Rechtsbrecher dies nicht erreichten, auch gar nicht erstrebten. *Stumpfl* schreibt sogar, schlechtes Verhalten (bei dem früheren Strafvollzug in Stufen) und gute soziale Prognose gehörten oft zusammen. Das in der Heilanstalt dem Pflegepersonal anerzogene, allen Kranken gegenüber gleichmäßig wohlwollende, zwar entschiedene, aber hilfsbereite und gütige Verhalten bietet manchen Kriminellen besonders gute Möglichkeiten, diese „Schwächen" sich zu nutze zu machen. Es ist aber unmöglich, die diesen Verbrechern gegenüber allein angepaßte knappe Schärfe allgemein auf den Abteilungen anzuwenden.

Schließlich kommt auch der geschickteste Anstaltsarzt nicht immer um disziplinäre Bestrafungen bei den Untergebrachten herum, angefangen vom Entzug kleiner Vergünstigungen, wie etwa des Rauchens, bis hin zur Isolierung (anderen Orts soll sogar das Dunkelzimmer angewendet werden!) oder etwa zur Verringerung der Kost, alles Dinge, die dem Arzte zuwider und mit den ärztlichen Aufgaben in einer Heilanstalt auch unvereinbar sind. Wo der Irrenarzt bei seinen Kranken einmal durch Gewährung oder Entziehung von Vergünstigungen oder auf ähnliche Art erzieherisch wirken will und muß, spielt sich dies, ähnlich wie bei der Heranführung der Kranken an die Arbeit und bei ihrer gesamten sonstigen Beeinflussung in der Anstalt, auf einer ganz anderen Ebene ab, als es die Erziehung der erwähnten Rechtsbrecher verlangt.

Nun ist die gemeinschaftliche Unterbringung der Kriminellen auf einer besonderen Station der Heilanstalt vorgeschlagen worden. Dies wäre, bei der Verschiedenartigkeit der Untergebrachten, nur für einen Teil von ihnen ernsthaft zu erörtern, und es wäre auch dann nur möglich, wenn eine solche Station gesondert läge, am besten in einem eigenen Haus, das wegen der vermehrten Ausbruchsgefahr ausbruchssicher sein müßte. Die Pfleger müßten bewaffnet werden und würden damit nicht mehr Irrenpfleger, sondern eher Gefängniswärter sein. Es wäre erfahrungsgemäß nur ein Bruchteil der Pfleger für diesen besonderen Dienst geeignet, und es müßten wegen der Sicherheit des Personals stets mehrere Pfleger zugleich Dienst tun, während heute auf zahlreichen Stationen nur ein Pfleger tätig zu sein braucht[1]). Es wäre also eine vermehrte Zahl von Pflegepersonal notwendig, es sei denn, daß diese gemeinsame Unterbringung nicht gruppenweise, sondern in Einzelzellen erfolgte. Denn bei gemeinschaftlicher Unterbringung wäre ein einzelner Pfleger mit Waffe gefährdeter als ohne Waffe. Diese wenigen Erwägungen zeigen, wie sehr solche Maßnahmen dem normalen Betrieb einer Heilanstalt widersprechen, welche neuen Umstände zu dem bisherigen Betrieb hinzutreten würden, und wie sehr vor allem das zum Dienst an den Kranken und als Helfer der Ärzte ausgebildete Personal sich auf Wärterdienst, auf Niederhaltung der Kriminellen umstellen müßte, zum Schaden der irrenpflegerischen Ausbildung und der Behandlung der übrigen Kranken. Das Personal würde nicht mehr zwischen den fachgerecht zu behandelnden und beeinflußbaren Geisteskranken und den disziplinär anzufassenden

[1]) Ähnlich *E. Bücken* in seinen aus der Anstaltserfahrung gewonnenen Ausführungen über die Unterbringung.

Rechtsbrechern zu unterscheiden vermögen, zumindest diese Trennung praktisch auf die Dauer nicht durchführen können. Die Unterscheidung zwischen bloßer Wartung der Kranken und Strafmaßnahmen einerseits und Heilmaßnahmen mit fortgesetzter Beeinflussung aller, auch der schwersten Kranken andererseits in der Anstalt sind eine Errungenschaft der neuzeitlichen Irrenpflege, für deren Geltung und Förderung noch heute in den Anstalten unermüdlich gesorgt werden muß. Es würde eine langjährige Erziehungsarbeit ins Wanken gebracht, eine rückläufige Entwicklung eingeleitet und die berechtigte Stellung der Anstalten als Krankenhäuser mit fachärztlichen Aufgaben erschüttert werden.

Die Unterbringung bezweckt den Schutz der Volksgemeinschaft. Die Volksgemeinschaft hört aber nicht an den Toren der Anstalt auf. Die zahlreichen schicksalsmäßig geisteskrank gewordenen Pfleglinge der Heilanstalt haben ebenso Anspruch auf den Schutz vor Rechtsbrechern wie die Menschen außerhalb der Anstalt. Diese ganz überwiegend vor ihrer Erkrankung brauchbaren, ja sozial tüchtigen und leistungsfähigen Kranken, die oft die Anstalt wieder verlassen können, müssen ebenso wie die Gesunden oder wie die Kranken anderer Krankenhäuser oder Heilanstalten vor Dieben, Lügnern, Hetzern, Gewalttätigen und Sexualverbrechern geschützt werden. Das Leben in einer Anstalt gleicht in vielem dem freien Leben, und es ist das Bestreben jeder Anstalt, eine solche der Heilung und Behandlung günstige Umwelt für die Kranken zu schaffen. Nur eine Verkennung dieser Bestrebungen und der hierbei schon erreichten Höhe der neuzeitlichen Irrenpflege kann daran vorübergehen, daß die Heilanstalt ebenso den Schutz vor Rechtsverbrechern genießen muß wie die Allgemeinheit. In der Heilanstalt mit ihren zahlreichen nicht anklagenden, sich nicht verteidigenden und sich nicht wehrenden Kranken kann mancher Rechtsbrecher noch besser als draußen seinen Antrieben und Neigungen die Zügel schießen lassen, ohne daß sogleich eine Untersuchung stattfindet, und ohne daß stets geschäftsfähige Zeugen vorhanden sind. Der Schutz der Allgemeinheit einschließlich der Kranken und Gesunden innerhalb der Heilanstalt und die Durchführung der vom Gesetz erstrebten Sicherung und der „Besserung“ dieser Rechtsbrecher lassen sich für viele von ihnen anderen Orts wirksamer durchführen. Leider kennen Laien, Juristen, ja selbst teilweise Ärzte noch zu wenig die Art der Kranken, den Betrieb, die Heilungs- und Beeinflussungsmöglichkeiten in einer Heilanstalt. Auch sind Nicht-Psychiater zu leicht geneigt, bei Zubilligung der

Unzurechnungsfähigkeit oder der erheblich verminderten Zurechnungsfähigkeit an Geisteskranke zu denken, und damit in etwas unklarer Weise den Gedanken an die Irrenanstalt alten Stils zu verbinden. Die grundsätzliche, klinisch und sozial-medizinisch gleich wichtige Unterscheidung zwischen Geisteskranken und geistig-seelisch Abartigen ist erst recht nicht hinreichend geläufig.

Beschäftigung und Arbeit.

Die Beschäftigung der Untergebrachten und ihre Heranziehung zur Arbeit wird durch § 42i geregelt.

„Die im Arbeitshaus oder in der Sicherungsverwahrung Untergebrachten sind in der Anstalt zu den eingeführten Arbeiten anzuhalten. Die in einer Heil- oder Pflegeanstalt, einer Trinkerheilanstalt oder Entziehungsanstalt Untergebrachten können innerhalb oder außerhalb der Anstalt auf eine ihren Fähigkeiten und Verhältnissen angemessene Weise beschäftigt werden.“

Der Gesetzgeber unterscheidet also zwischen der Beschäftigung der erheblich vermindert Zurechnungsfähigen, Unzurechnungsfähigen oder Süchtigen und der Arbeit der Sicherungsverwahrten oder in einem Arbeitshaus Untergebrachten. Dieser Unterschied wird noch durch weitere Ausführungen in der Begründung unterstrichen. Danach hat bei Sicherungsverwahrung derselbe Zwang zur Arbeit wie bei Zuchthausstrafe zu bestehen, während hinsichtlich der Unterbringung in einer Heilanstalt (und wohl auch Entziehungsanstalt) auf die Bedeutung der Arbeitstherapie bei den wegen Unzurechnungsfähigkeit Untergebrachten hingewiesen wird. Von den erheblich vermindert Zurechnungsfähigen wird bezeichnenderweise an dieser Stelle überhaupt nicht gesprochen. Auch dies zeigt wieder, daß offensichtlich die Bestimmung aus einer Einstellung heraus erfolgt ist, als ob die nach § 42b und c Untergebrachten durchweg geisteskrank seien.

Der Gesetzgeber hat grundsätzlich mit seiner Einschätzung der Arbeit und der Tätigkeit recht. Ihr erzieherischer oder wenigstens ablenkender und beruhigender, zum andern einen geldlichen Ausgleich schaffender Wert ist unbestreitbar. In jeder Heilanstalt wird heute nicht nur in Feld und Garten oder in Betrieben und Werkstätten, sondern — wenigstens bei den neuzeitlich ausgerichteten Anstalten — auch auf den geschlossenen Abteilungen mannigfachst gearbeitet. Diese Arbeit ist freilich durchweg jener Art, wie sie der Beschäftigungsbehandlung bei Geisteskranken eigen ist. Sie steht oft nicht in der Leistung hinter der Arbeit Gesunder zurück, unterscheidet sich aber in vielem grundsätzlich von dieser und erst recht von der Arbeit etwa in einem Arbeitshause oder in

einer Strafanstalt. Der Wert der Beschäftigungsbehandlung für die Kranken der Heilanstalt ist durch nichts zu ersetzen. Dagegen ist unter den besonderen Bedingungen der Heilanstalt nur für einen Teil der Untergebrachten eine Heranführung an die Arbeit nach Art der Beschäftigungsbehandlung sinnvoll und entsprechend, in der Hauptsache für jene, die tatsächlich geisteskrank sind, also für Schizophrene oder sonst Psychotische oder Defekte, dazu für einzelne der Psychopathen oder Schwachsinnigen. Bei anderen dagegen ist nur jene Art von Arbeit mit ihrem Zwang angebracht, den das Gesetz bereits selbst bei Sicherungsverwahrten oder im Arbeitshaus Untergebrachten vorsieht, nämlich bei dem größeren Teil der Schwachsinnigen, bei den meisten Psychopathen und manchen Süchtigen. Die beiden Gruppen lassen sich freilich nicht völlig trennen, es gibt vielmehr, entsprechend der Vielheit dieser abartigen Persönlichkeiten, auch hinsichtlich der Einstellung zur Arbeit und der Anwendungsmöglichkeit der Beschäftigungsbehandlung mannigfache Übergänge. Manche von den untergebrachten Schwachsinnigen und Psychopathen arbeiten fleißig in der Anstalt, und dieser oder jener ist froh, dem freien Leben, das ihn immer wieder in Konfliktssituationen geführt hat, entronnen zu sein. Manche Schwachsinnige sind brav, stumpf oder gleichgültig bei einer einfachen oder auch nur mechanischen Arbeit, und wieder andere, vor allem Psychopathen oder Trinker, suchen durch Fleiß und Gefügigkeit rascher ihre Freiheit zurückzugewinnen. Schon unter denen, die im allgemeinen willig mitarbeiten, finden sich aber nicht wenige, die erheblich stören. Entweder tun sie dies neben ihrer Arbeit, oder sie werden zeitweilig schwierig, sie sind unbeständig oder ungleichmäßig in der Leistung, sie nörgeln und sind unzufrieden, und noch andere sind gleichgültig, widerstrebend und widersetzlich, machen die größten Schwierigkeiten und können im Rahmen der Beschäftigungsbehandlung einer Heilanstalt — gerade wenn diese Behandlungsart richtig aufgefaßt und durchgeführt wird — an keine geregelte, nutzbringende und ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechende Arbeit herangebracht werden, auch nicht bei unausgesetzter Bemühung. Die ungünstige Wirkung nicht nur auf die andern Untergebrachten, sondern auch auf die übrigen Kranken und auf die Gestaltung des hierbei besonders wichtigen allgemeinen Milieus auf den Abteilungen ist klar.

Hier sind die Grenzen der Heilanstalt gezogen, die kein „Zucht-“ Haus und keine Sicherungsanstalt, auch kein Arbeitshaus mit dem nötigen Arbeitszwang ist oder werden kann. Manche dieser Untergebrachten können an viele Tätigkeiten innerhalb der Anstalt

nicht herangebracht werden, weil damit der Gebrauch von Werkzeugen oder der Genuß einer zu großen Freiheit verbunden wäre, mit der besseren Möglichkeit zu neuen Straftaten innerhalb der Anstalt oder zu Entweichungen und Ausbrüchen. Dabei verlangen Einzelne immer wieder ernsthaft nach einer sie ausfüllenden Tätigkeit, und es wäre ihnen und der Umwelt mit schwerer körperlicher oder handwerklicher Arbeit auch gedient, unter Bedingungen freilich, die die Heilanstalt fast nie hat. Denn selbst die Aufnahme verschiedenster Tätigkeiten auf den geschlossenen Abteilungen, teils sogar in besonderen Räumen, wie das Einfädeln von Pappschildchen, Abzählen und Bündeln, Auseinanderwirren von Bandresten, deren Aneinanderheften und Aufspulen oder Flechten, das Flechten von Peitschenschmitzen, von Tragbändern an einfachen Webstühlen und so fort, wie sie jetzt in Hildburghausen eingeführt sind, kann keinen ausreichenden Ersatz schaffen, noch weniger die allenfalls nebenher zu erledigenden Säuberungsarbeiten auf der Abteilung oder Hilfsarbeiten in der Teeküche. Diese Untergebrachten könnten, ebenso wie die arbeitsscheuen Rechtsbrecher, andernorts unter fester Bewachung und Wartung und notfalls unter scharfem Zwang, der bei ihnen menschlich und ärztlich berechtigt wäre, in Gruppen oder einzeln, im Freien oder in Werkstätten arbeiten, wie es etwa die Einrichtungen der Sicherungsverwahrung vorsehen. Nur so würden diese Rechtsbrecher auch entsprechend ihrer Arbeitskraft in einem erträglichen Maße zur Tilgung der die Allgemeinheit belastenden Unterhaltskosten beitragen. Auch wären die allgemeinen Kosten der Unterbringung in einer solchen Anstalt wesentlich geringer als in der Heilanstalt.

Möglichkeiten der Besserung und der Entlassung.

Wie steht es mit dem Erfolg, mit der neben der Sicherung vom Gesetzgeber beabsichtigten „Besserung", also der Behebung der in der Persönlichkeit des Täters liegenden Ursachen der Kriminalität, und damit mit der Entlassungsmöglichkeit? Die Entlassung gilt nach § 42h in allen Fällen nur als eine bedingte Aussetzung der Unterbringung. Die Unterbringung nach § 42b soll solange dauern, bis „der Zweck der Unterbringung erreicht" ist, dagegen beträgt bei Unterbringung nach § 42c, also bei Trinkern und sonstigen Süchtigen, die Höchstdauer zwei Jahre. Die „Besserung" wird, wo sie überhaupt oder gar bis zur Entlassungsfähigkeit erzielt werden kann, im einzelnen Falle jeweils etwas Anderes, oft sehr Wesensverschiedenes sein. Kaum jemals wird man bei Psycho-

pathen oder Schwachsinnigen eine Besserung im moralischen Sinne mit zunehmendem sozialen Verständnis, eher schon ganz allgemein eine steigende Eingliederungsfähigkeit wenigstens in den Betrieb einer Anstalt oder eines Heimes, kaum je in die freie Gemeinschaft erreichen können. Bei manchen Psychotischen und Süchtigen werden die zur Unterbringung führenden Gründe, also die verschiedenartigen, durch Krankheit oder Abartigkeit bedingten Wurzeln der kriminellen Neigungen, im Laufe der Unterbringungszeit zurücktreten oder sich beseitigen lassen. Tatsächlich kann bei Psychotischen neben der Sicherung auch eine „Besserung" — in einem Teil der Fälle bis zur Entlassung, in einem anderen Teile wenigstens bis zur Eingliederung innerhalb der Anstalt — durch fachgerechte neuzeitliche Behandlung der Krankheit erreicht werden. Die Behebung der geistigen Störung beeinflußt auch die damit zusammenhängende Kriminalität. Sehr ungünstig wird man die Besserungsaussichten bei den Untergebrachten allgemein im Hinblick auf die, besonders bei den Psychopathen und Schwachsinnigen vielfach erkennbare schwere erbliche Belastung ansehen müssen. Schon unsere Fälle, die nicht erst zu diesem Zwecke erbbiologisch durchforscht worden sind, zeigen dies. Eine entsprechende Untersuchung unserer Fälle würde sicher noch eine Fülle von weiterer Belastung ergeben.

Im Schrifttum ist darauf hingewiesen worden, daß es ratsam sei, vor der Entlassung einen Arzt, möglichst Facharzt, als Gutachter zu hören. Bei den in der hiesigen Anstalt Untergebrachten wird regelmäßig vor ihrer Entlassung und ebenso bei Anträgen auf Entlassung, die von den Untergebrachten, ihren Angehörigen oder Rechtsvertretern eingebracht worden sind, das Urteil der Anstaltsleitung eingeholt. Die Rechtslage wird mit den Untergebrachten, soweit sie dafür Verständnis haben, vom Arzt durchgesprochen, vor allem auch, wenn ein Antrag auf Entlassung abgelehnt worden ist. Das unnütze Stellen von Entlassungsanträgen wird verhindert, und in der Zeit vor der Entlassung werden die ernsten Folgen erneuter Rückfälligkeit, die Möglichkeiten einer sozialen Wiedereingliederung auch in ihren Einzelheiten (eigene Familie, fremde Familie, Berufstätigkeit) durchgegangen.

Die Beurteilung, ob der Zweck der Unterbringung erreicht ist, wird entsprechend den erst jungen Erfahrungen in den Anstalten und auch bei den Vollstreckungsbehörden im Einzelfall heute noch recht verschieden sein. Zuweilen wird die Staatsanwaltschaft als Vollstreckungsbehörde sogar eine bessere, nämlich kritischere Einstellung an Hand der allgemeinen Erfahrungen, der gesamten Vor-

geschichte des Falles und der meist gut bekannten sozialen Verhältnisse des Untergebrachten haben als die leicht zu günstig urteilenden ärztlichen Stellen. Tatsächlich muß vor einer unkritischen, zu frühen Entlassung gewarnt werden und vor der Überschätzung eines — oft überhaupt nur vorübergehend — in der Anstalt eingetretenen besseren sozialen Verhaltens. Daß den Beteuerungen der Untergebrachten, insbesondere der Schwachsinnigen und Psychopathen, im allgemeinen kein Gewicht zukommt, bedarf keiner Erörterung.

Praktisch ist zu bedenken, daß mit der Erreichung des Zweckes der Unterbringung auch die Zahlungspflicht der Vollstreckungsbehörde aufhört, daß dies aber nicht gleichbedeutend mit der Entlassungsfähigkeit aus der Anstalt zu sein braucht.

So bezeichneten wir in einem Falle der Staatsanwaltschaft gegenüber den Zweck der Unterbringung als grundsätzlich erreicht, hielten aber bei dem entmannten Schwachsinnigen (Fall 20) wegen der noch bestehenden Reizbarkeit und Einstellung gegen die geschiedene Frau die einfache Freilassung und Rückkehr ins Heimatdorf für gefährlich, dagegen die Unterbringung in einem Heim oder einer geeigneten Familie für angebracht. Die Vollstreckungsbehörde ordnete auf unseren Bericht hin die umgehende Entlassung an und verweigerte die weitere Zahlung. Die bis zur endgültigen Versorgung des Untergebrachten aufgelaufenen Kosten für mehrere Wochen wurden auch vom Fürsorgeverband nicht übernommen, da eine Zahlungsverpflichtung nicht gegeben worden war, so daß sie niedergeschlagen werden mußten.

Man wird in solchen Fällen am besten zunächst die Verhältnisse des Untergebrachten außerhalb der Anstalt einwandfrei regeln und und erst dann die Vollstreckungsbehörde benachrichtigen.

Dieser Fall gehört zu der Gruppe jener, übrigens durchweg schwachsinnigen, Sittlichkeitsverbrecher, die nach erfolgter Entmannung und eingetretener Herabsetzung der allgemeinen wie der sexuellen Triebhaftigkeit entlassen werden konnten. Hier war der Zweck der Unterbringung nur durch den einschneidenden Eingriff der Entmannung zu erreichen. Diese wird in derartigen Fälle fast stets die Voraussetzung zur Entlassung sein und stellt somit gleichfalls ein Mittel dar, eine „Besserung" zu erreichen. Davon wird noch weiter unten gesprochen.

Die Begrenzung der Unterbringungsdauer für die Trinker und sonstigen Süchtigen hat große Schattenseiten, weil bei einer vor Ablauf der Höchstdauer erfolgten Entlassung nach etwa eingetretener Rückfälligkeit die weitere Unterbringung nur den Rest der Zeit bis zu zwei Jahren insgesamt betragen darf, also nicht einmal neu auf bis zu zwei Jahren festgesetzt wird. Die Unterbringung muß unter solchen Umständen in den meisten

Fällen wirkunslos bleiben, und schon bei der Entlassung vorauszusehende Rückfälle werden unvermeidlich sein. Das Gesetz erwartet, wie aus dem Wortlaut gefolgert werden kann, bei den Süchtigen und Trinkern noch eher eine Besserung als bei den übrigen Untergebrachten. Es spricht von der Gewöhnung an ein geregeltes Leben und will offenbar diese, auch von ihm für nicht geisteskrank angesehenen Personen von den andern, erheblich vermindert Zurechnungsfähigen oder Unzurechnungsfähigen unterscheiden. In der Begründung heißt es nämlich: „Für die Rauschgiftsüchtigen dürfte nach den bisherigen Erfahrungen, wenn überhaupt Aussicht auf Heilung besteht, ein Zeitraum von 2 Jahren genügen, um den gewünschten Erfolg herbeizuführen." Man wird mit der Entlassung von Trinkern vor Ablauf der Frist besonders zurückhaltend sein müssen.

Übrigens wird bei den Trinkern und Süchtigen der Erfolg einer Unterbringung weitgehend von den persönlichen und sozialen Verhältnissen des Untergebrachten abhängen. Dort, wo die äußeren Verhältnisse beim Zustandekommen der Sucht wesentlich mitgewirkt haben, dürfte sich in der vorgeschriebenen Zeit eine Entziehung durchführen und eine „Besserung" von Nachhalt erreichen lassen, besonders wenn bei und nach der Entlassung sozialen Schwierigkeiten in Ehe oder Beruf richtig begegnet wird. Wo aber die entscheidende Ursache des sozialen Versagens die in der Persönlichkeit liegende Anlage gewesen ist, werden auch 2 Jahre nichts helfen, selbst wenn man dazu noch als Entziehungszeit, wenn auch nicht durchweg als der Behandlung, Besserung und Erziehung im psychiatrischen Sinne dienend, die vor der Unterbringung abgebüßte Strafzeit rechnet. Gelegentlich wird es sich empfehlen, aus ärztlichen Gründen von der Möglichkeit Gebrauch zu machen, die Unterbringung zum Zweck der Entziehung vor die Strafzeit zu legen, auch dort selbstverständlich, wo durch den Suchtmittelmißbrauch ernstere körperliche oder geistige Schäden entstanden sind und die Haftfähigkeit fehlt oder bedenklich ist.

Gegenüber dem nicht sehr hoch einzuschätzenden Einfluß der Umwelt wird man das entscheidende Gewicht bei Beurteilung der Möglichkeiten, die nach § 42c Untergebrachten zu bessern, auf die Persönlichkeit, die Art der Kriminalität, ihre Zusammenhänge mit der Sucht und auf die Form der Sucht, also ihren Beginn, ihre Dauer und die bereits durch sie gesetzten körperlichen und geistigen Schäden legen müssen. Man könnte grob drei Typen unterscheiden: den Anlagekriminellen, der auch trunksüchtig ist, den von Natur Süchtigen und den erst durch Schicksal zur Sucht getriebenen,

die beide unmittelbar (Gewalttaten, z. B. Fall 36) oder mittelbar (Unterschlagung, z. B. Fall 39) durch die Sucht kriminell werden können[1]).

Bei den Gewohnheitsverbrechern, die zugleich Trinker oder sonstige Süchtige sind, wird am besten vorsorglich gemäß § 42n neben der Unterbringung nach § 42c auch diejenige nach § 42b angeordnet. Dadurch bleibt die Dauer der Unterbringung unbegrenzt. In dieser Weise war auch der oben dargestellte, triebhafte, explosible, reizbare und aktiv-kriminelle Psychopath (Fall 34) untergebracht, bei dem die Trunksucht nur die Begleiterscheinung der sonstigen, die Gemeinschaft störenden Verhaltensweisen war. Die übrigen in Hildburghausen nach § 42c Untergebrachten, übrigens durchweg Trinker (Fall 36 bis 39), zeigen das Vorherrschen der Willensschwäche im Charakterbild, im übrigen aber erhebliche persönliche Unterschiede. Bei einem Fall wie St. (36) etwa, der sich ein halbes Leben lang einwandfrei geführt hat und erst später unter der Mitwirkung besonderer Lebensumstände in die Sucht getrieben worden ist, dürften zwei Jahre zur Erziehung und sozialen Wiedereingliederung wohl ausreichen. Kennzeichnenderweise haben von den untergebrachten willensschwachen Trinkern in Hildburghausen diejenigen, bei denen die Trunksucht der wesentliche Ausgangspunkt der Kriminalität gewesen ist, bisher in der Heilanstalt nicht gestört. Es ist zu wünschen, daß bei einer Änderung des Gesetzes auch bei Unterbringung nach § 42c die Dauer unbegrenzt gehalten wird. Durch die übrigen Bestimmungen wird bereits zureichend verhindert, daß etwa einmal ein solcher Untergebrachter zu lange in der Anstalt festgehalten wird. Höchstens könnte man die Frist zur Überprüfung hier nicht auf jeweils drei, sondern zwei Jahre festsetzen.

Bei den nach § 42b Untergebrachten, also den Persönlichkeiten mit Aufhebung oder erheblicher Verminderung der Zurechnungsfähigkeit, liegen die Verhältnisse im ganzen gesehen noch ungleich ungünstiger. Es wird sich nur in einem geringen Teil der Fälle der Zweck der Unterbringung erreichen lassen.

So wird — worauf bereits hingewiesen wurde — bei Geisteskranken, beispielsweise bei Schizophrenen oder Paralytikern dort, wo erst die Psychose zur Kriminalität geführt hat, mit dem Einsetzen von spontanen oder durch die Behandlung herbeigeführten Remissionen vielfach „der Zweck der Unterbringung" erreicht werden können. Anders liegen die Verhältnisse wieder bei

[1]) Näheres in *J. Schottky:* Die Unterbringung von Trinkern nach § 42 des Strafgesetzbuches. Vierteljahresschr. f. Suchtkranke, Jg. 1940, H. 3.

Kranken, die erst im Präsenium oder Senium, im Zusammenhang mit involutiven Vorgängen, kriminell oder wieder kriminell geworden sind und bei weiter fortschreitendem Altersabbau ungefährlicher und schließlich entlassungsfähig werden können (etwa Fall 26). Es mag auch einmal ein Hirngeschädigter während der Unterbringung stumpfer werden und damit den Voraussetzungen zur Entlassung genügen. Immerhin wird man bereits in allen derartigen Fällen sehr zurückhaltend mit der Annahme einer Entlassungsfähigkeit sein und sorgfältig auch die Verhältnisse prüfen, in die der Kranke kommen soll, wenn möglich unter Zwischenschaltung einer geeigneten Heimunterbringung oder Familienpflege.

Noch viel vorsichtiger wird man mit der Entlassung bei Schwachsinnigen und Psychopathen sein, die nach § 42b untergebracht sind. Besonders gelagert sind nach meinen Erfahrungen die Bedingungen der „Besserung" bei jenen zuweilen anzutreffenden jugendlichen rückfälligen Rechtsbrechern, die, nicht selten schwach begabt oder leicht schwachsinnig, von der Pubertät oder bald danach an rechtsbrüchig werden, aber etwa vom 25.—30. Lebensjahr ab nicht mehr rückfällig bleiben, teils, wie ich glaube, aus endogenen Bedingungen heraus, die eng mit der endokrin gesteuerten persönlichen Entwicklung zusammenhängen dürften, teils weil sich in der Freiheit auch die sozialen Verhältnisse dann gefestigt haben, indem etwa eine eigene Familie gegründet, ein Haushalt aufgebaut oder ein sicheres Arbeitsverhältnis gewonnen worden ist und festgehalten wird. Die letztere Möglichkeit hat auch *Stumpfl* betont. Bei der Unterbringung würde diese Festigung, die „Besserung", durch die Anstaltsverhältnisse unterstützt werden. Auf die charakterologische nnd kriminalbiologische Seite dieser bisher kaum beschriebenen Sondergruppe jugendlicher Rechtsbrecher soll hier nicht eingegangen werden. Trotz ihrer Vorstrafenliste können sie später sozial brauchbare Menschen werden. Wenn sie frühzeitig untergebracht worden sind, gilt es, sie in ihrer Eigenart zu erkennen und nicht den Unverbesserlichen gleichzustellen. Mir sind mehrere derartige Fälle unter den auf angeborenen Schwachsinn hin zu Begutachtenden begegnet. Sie waren durchweg psychopathisch, dazu teils schwach begabt, teils Grenzfälle, selten debil. Die Jahre der Rückbildung bringen wie allgemein, so auch bei ihnen manchmal eine erneute Gefährdung.

Wie steht es aber bei den übrigen untergebrachten Abartigen mit der Besserung, jener Besserung schlechthin, die das Gesetz vermutlich im wesentlichen gemeint hat, durch die übliche Erziehung, die Gewöhnung an Tätigkeit und geregelten Lebenslauf,

durch Zuspruch, Beispiel oder Abschreckung? Höchstens solcher Art könnte eine Besserung bei jenen stark störenden Psychopathen, Schwachsinnigen oder sehr gut remittierten anlagemäßig kriminellen Schizophrenen sein. Es wurde bereits gesagt, daß manche Einzelheiten des Anstaltsaufenthalts, wie er sich für diese Rechtsbrecher zwangsläufig gestaltet, einer solchen günstigen Beeinflussung eher entgegenwirken als sie fördern. Selbst wenn man aber die Anstaltsbedingungen auch für diese Fälle als geeignet ansehen wollte, wäre zu bedenken, daß es sich durchweg um Persönlichkeiten mit schweren anlagebedingten Abartigkeiten des Trieb-, Willens- und Affektlebens und des Verstandes und daraus folgend des sozialen Verhaltens handelt, mit nur sehr geringen Möglichkeiten einer Beeinflussung von Dauer, wie nicht nur die vielfältige Erfahrung lehrt, sondern auch erbbiologische Überlegungen und Ergebnisse zeigen. Hier steht tatsächlich die Sicherung ganz im Vordergrund vor der Besserung. Diese Abartigen bleiben auch innerhalb der Anstalt ihrer Abartigkeit treu. Sie sind es, die zu den langjährig, oft lebenslang Untergebrachten gehören werden, die durch ihre fortgesetzte Anhäufung die schwere Gefährdung des Anstaltsbetriebes, der Kranken und des Personals darstellen, zumal sie — was an sich erfreulich ist — heute bereits brühzeitig, oft sogar noch jugendlich erfaßt und dem freien Leben entzogen werden. Andererseits stehen sie damit gerade in ihren kräftigsten, in diesem Falle also aktivst-kriminellen und triebhaftesten Jahren. Ihre Erziehung scheitert, wo nicht schon an ihrer Triebhaftigkeit, Gefühlskälte, Willensschwäche, Hemmungslosigkeit oder inneren Verlogenheit, so an ihrer Verstandesschwäche. Wenn auch — was *Creutz* 1938 an dem bis dahin statistisch erfaßten Material festgestellt hat — die Gesamtheit der Untergebrachten nahezu gleichmäßig über alle Lebensalter verteilt ist, so stehen doch gerade diese störendsten psychopathischen und schwachsinnigen Rechtsbrecher bei Beginn der Unterbringung noch meist in jugendlichen, höchstens in mittleren Jahren, und in Zukunft wird sich dies noch mehr in der Richtung nach der Jugendlichkeit hin verschieben. Es läßt sich schon heute voraussagen, daß diese Persönlichkeiten, von denen höchstens einzelne in der Anstalt verteilt ertragen werden könnten, und deren Sicherstellung andererseits die Volksgemeinschaft dringend verlangen muß, durch ihre Eigenart und ihre steigende Zahl die Anstalten in Kürze so belasten werden, daß die Zustände unhaltbar sein werden und Abhilfe geschaffen werden muß. Hier zeigt sich besonders unheilvoll die wenigstens teilweise Gleichsetzung der Heilanstalten mit den Strafanstalten, die

Verkennung, als ob alle nach § 42b Untergebrachten auch Geisteskranke oder als solche zu behandeln seien und die Unkenntnis über das Wesen der Heilanstalten und ihrer Kranken. Von einer solchen Verkennung der tatsächlichen Verhältnisse zeugt auch das richterliche Urteil über einen in Hildburghausen untergebrachten rückfälligen Sittlichkeitsverbrecher (Fall 32): Die Entmannung sei zwar sachlich gerechtfertigt, aber die Unterbringung in der Anstalt schütze die Volksgemeinschaft bereits hinreichend. Man hätte hierbei nicht nur auch an den Schutz des Mannes vor sich selbst, sondern insbesondere an die Schutzbedürtigkeit der Kranken in der Heilanstalt denken müssen.

Die Zurechnungsfähigkeit.

So drängt alles dazu, die Entscheidung, ob bei einem unter die Bestimmungen des § 42 fallenden Rechtsbrecher die Sicherungsverwahrung oder die Unterbringung angebracht ist,' und welche Art der Unterbringung am besten ist, nicht nur von der Diagnose abhängig zu machen, sondern ebenso von der Art der Persönlichkeit des Kriminellen. Geht man sorgfältig den Wurzeln der Persönlichkeit nach und führt man damit eine richtige Sonderung der Kriminellen durch, so zeigt sich sogleich, daß er nicht berechtigt ist, bei Anwendung des § 51 Absatz 1 oder 2 ohne weiteres auch — soweit die sonstigen Voraussetzungen gegeben sind — die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt anzuordnen, wie dies heute meist geschieht.

Allen nach § 42b Untergebrachten ist der Schutz des § 51 Abs. 1 oder 2 zugebilligt worden. Hierbei finden sich nicht selten Fehlentscheidungen, und zwar nach beiden Seiten. Wo an Stelle des Absatz 1 fälschlich nur der Absatz 2 gewährt worden ist, muß die Strafe verbüßt werden. Psychotische Auffälligkeiten in der Haft können, wie bei einem unserer Schizophrenen (Fall 5), die Folge sein und zur Unterbrechung der Haft zwingen. Der Schaden trifft vor allem den Untergebrachten selbst und weniger die Unterbringung in einer Heilanstalt, da die Unzurechnungsfähigen meist in der Heilanstalt am richtigen Platze sind. Es sind oben einige einschlägige Fälle von Schizophrenen (Fälle 5 und 8), der Fall eines Hirnverletzten (Fall 13) und der eines Postencephalitikers (Fall 14) beschrieben worden. Bei einem der Schizophrenen hat das Gericht sogar „auf Grund eigener Anschauung" und der Aussage des Kranken, er sei bei der Tat zurechnungsfähig gewesen, die Frage der Unzurechnungsfähigkeit verneint. Daß bei so weit

reichenden Entscheidungen nur das Gutachten eines Facharztes maßgebend sein kann, zeigt sich auch hier. Nicht selten wird leider auch heute noch fachlich nicht hinreichend vorgebildeten Ärzten in Fragen der Zurechnungsfähigkeit oder der Unterbringung die gutachterische Entscheidung überlassen.

Während die Psychosen also eher einen verstärkten Schutz verdienen, werden umgekehrt Psychopathen und Schwachsinnige in zu ungünstiger Beurteilung unter den Schutz des § 51 Absatz 2 oder gar § 1 gestellt. Man wird in Zukunft auch bei der Frage der Unterbringung mehr auf das Krankhafte und weniger auf das Abartige der Störung abzielen müssen. Daß schwachsinnige und psychopathische Persönlichkeiten durch ihre Anlage in die Richtung der Kriminalität getrieben werden, fällt in das Problem der Willensfreiheit, darf aber beim Vollzug von Straf- oder bei Sicherungsmaßnahmen nicht mit der Frage der Zurechnungsfähigkeit verquickt werden. Allgemein wird heute in der Strafrechtspflege mehr der Gedanke der Sicherung, gegebenenfalls der Besserung vor dem der Strafe, der Sühne bevorzugt, die eine mehr oder weniger freie Willensentscheidung beim Verbrecher voraussetzen würde. Der vom Gesetzgeber in das Gesetz eingeführte Begriff der erheblich verminderten Zurechnungsfähigkeit verführt dazu, der Entscheidung zwischen Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit auszuweichen und schon bei verhältnismäßig geringgradigen Abweichungen von der Norm in der Richtung des Schwachsinns oder der Psychopathie eine erhebliche Minderung anzunehmen. Ist aber der Absatz 2 des § 51 angewendet worden, so wird leicht auch in schematischer Weise die Unterbringung nach § 42b ins Urteil genommen und nicht an die Sicherungsverwahrung gedacht. Es sei daran erinnert, daß *Johannes Lange* bei Kapitalverbrechen überhaupt die verminderte Zurechnungsfähigkeit ausgeschaltet haben und auf die Frage: zurechnungsfähig oder nicht eingeengt wissen wollte.

Auch bei richtiger Einschätzung der Zurechnungsfähigkeit gibt es nicht etwa je nach dem Grad der Minderung jeweils einen allein geeigneten Ort der Sicherung oder Unterbringung. Es ist dem einen unserer Untergebrachten, jenem wiederholt erwähnten schweren Psychopathen R. (Fall 34), für seine unter Alkoholwirkung begangenen Affekthandlungen, also immer nur einen kurzen Zeitausschnitt, der Absatz 1 des § 51 gewährt worden, und doch hätte er seiner Persönlichkeit nach allein in Sicherungsverwahrung, nicht aber in eine Heilanstalt gehört, und für die außerhalb der Alkoholeinwirkung begangenen Straftaten, also

auch seine Verfehlungen in der Anstalt, wäre er keinesfalls als unzurechnungsfähig anzusehen gewesen. Ganz entsprechend wäre der leicht Debile D. (Fall 31) zu beurteilen, der ebenfalls für die im Rausch begangenen Straftaten als unzurechnungsfähig angesehen wurde, jederzeit aber in eine Strafanstalt, Sicherungsanstalt oder ein Arbeitshaus passen würde. Gewiß wird der Fall, daß ein für die Tat nicht verantwortlicher Rechtsbrecher besser in Sicherungsverwahrung als in die Heilanstalt genommen wird, selten sein, aber bei den vermindert Zurechnungsfähigen wird dies öfter vorkommen, und wer haftfähig und straffähig ist, bei dem wäre stets erst ernsthaft zu prüfen, ob er auch für die Sicherungsverwahrung geeignet ist.

Schließlich steht auch das Ausmaß, in dem ein Untergebrachter in der Anstalt stört, nur ganz bedingt in Abhängigkeit vom Grad der Zurechnungsfähigkeit. Ein Unzurechnungsfähiger kann in der Anstalt völlig harmlos sein oder aber in der Anstalt schwer stören, und ebenso ist beides bei erheblich vermindert Zurechnungsfähigen möglich. Entscheidend sind dabei wieder die Art der Erkrankung und die Persönlichkeit. Freilich gehören, wie die oben beschriebenen Fälle lehren, die Untergebrachten mit § 52 Absatz 2 anteilsmäßig stärker zu den Störenden als die Unzurechnungsfähigen; insoweit ist also eine, und zwar eine zahlenmäßige, Beziehung vorhanden.

Art der Kriminalität.

Ein Blick auf die Art der Kriminalität der Untergebrachten zeigt deren Mannigfaltigkeit. Es ist hier nicht der Ort, ausführlich darauf einzugehen. Einiges ist bereits oben bei der Übersicht über das Material (S. 292) gesagt worden. Jedenfalls finden sich die verschiedensten Formen der schweren wie der leichten, der Gewohnheits- und Rückfalls- wie der Gelegenheits-, Zufalls- und Notkriminalität in bunter Mannigfaltigkeit, wozu noch die sinnlosen, unverständlichen und uneinfühlbaren Delikte der Schizophrenen und mancher Hirngeschädigten treten. Auch die vielfältige Verflechtung von Anlage und Umwelt wird immer wieder an den Fällen offenbar. Dabei ist, vor allem bei den Schwachsinnigen, Psychopathen und meisten Süchtigen, der hohe und nicht selten trotz aller entgegenstehenden Umwelteinwirkungen durchbrechende Einfluß der Anlage unverkennbar.

Bemerkenswerte Unterschiede finden sich hinsichtlich des Beginns der Kriminalität und ihrer Stellung zur persönlichen Entwicklung und zum Lebenslauf. Während die einen schon von der Schulzeit ab als unerziehbar und unverbesserlich auffallen, werden

andere erst von der Pubertät oder Spätpubertät an straffällig und einzelne Fälle zeigen auch den Einfluß der Zeit der Rückbildung mit ihrer Umgestaltung des Trieb- und Willenslebens auf die Verbrechensentstehung. Überhaupt lassen sich bei manchen Fällen auch die Zusammenhänge zwischen der individuellen, durch die Anlage vorgezeichneten persönlichen Entwicklung und der jeweils verschieden gearteten und auch verschieden starken Neigung zur Kriminalität mit dem daraus sich ergebenden sozial ungünstigen Verhalten erkennen.

Die Süchtigen mit ihren erst aus der Sucht und ihren Folgen erwachsenen Gewalttaten oder Betrügereien und Unterschlagungen bieten Beispiele für eine sekundäre Verbrechensentstehung. Andere Süchtige sind Anlagekriminelle (vgl. S. 331).

Die Sittlichkeitsverbrecher begehen ihre Straftaten aus einem zu starken oder falsch gerichteten Triebe heraus, wegen eines angeborenen Mangels oder eines im Laufe der Entwicklung aufgetretenen Wegfalles von Hemmungen, auf Grund eines Mißverhältnisses von Trieb und übriger Persönlichkeit einschließlich der Begabung oder auch aus sozialen Ursachen, etwa beim Fehlen oder Ausbleiben eines normalen Geschlechtspartners. Verschiedene dieser Ursachen können zusammenwirken, auch können sie u. U. bei demselben Kriminellen im Laufe der persönlichen Entwicklung einander ablösen oder wechselnd stark sein. Mit diesem kurzen Hinweis auf die Verhältnisse bei Trinkern und Sittlichkeitsverbrechern sei es genug. Weitere kriminalbiologische Ausführungen würden den Rahmen dieser vorwiegend praktisch ausgerichteten Arbeit überschreiten.

Während ein Teil der Kriminellen in einer oder wenigstens vorwiegend nur einer Richtung entgleist ist, sind andere in dieser Beziehung vielseitiger, sei es, daß sie immerhin noch auf einem ähnlichen Gebiete bleiben, wie etwa diejenigen, welche betteln, landstreichen und stehlen, oder aber daß sie Delikte der allerverschiedensten Art begehen. Wesentlich zum Verständnis des abartigen Handelns, der asozialen und antisozialen Verhaltensweise ist neben der Erforschung der persönlichen Entwicklung des Rechtsbrechers das Eindringen in den Aufbau ihrer Persönlichkeit, in die Struktur ihres Charakters und ihrer Intelligenz und auch die Kenntnis der Blutsverwandtschaft. Die Einflüsse der Persönlichkeit sind sogar noch bei einem Teil der Psychotischen unverkennbar, vor allem bei den Anlagekriminellen unter ihnen, bei einem andern Teil freilich gar nicht mehr. Hier dringt mit der Psychose etwas Neues, Fremdes und Unverständliches in die Persönlichkeit ein. Immerhin fehlt

begreiflicherweise in der Schar der untergebrachten Rechtsbrecher auch wieder manches, das das Bild in kriminalbiologischer Hinsicht abrunden würde, so etwa, um nur zwei Beispiele zu nennen, die voll zurechnungsfähigen Gewohnheitsverbrecher oder die mit Überlegung aus einem besonderen Konflikt heraus straffällig werdenden Verbrecher, also sowohl kennzeichnende Typen der Rückfälligen wie der sogenannten Einmaligen. Auch die Frauenkriminalität ist nur sehr spärlich vertreten. Im ganzen ist das Bild, das die Kriminalität der Untergebrachten bietet, von der Seite der Antisozialität nach der Richtung der Asozialität hin verschoben, nicht zuletzt durch die Delikte der zahlreichen Schwachsinnigen, der Süchtigen und einzelner besonders triebhafter und willensschwacher Psychopathen sowie durch einen Teil der Psychotischen und Hirngeschädigten. Auch bei diesen letztgenannten Fällen, wie etwa die Beispiele B. (Fall 13, auch G., Fall 13a) oder R. (Fall 15) lehren, treten Entgleisungen auf, die ihrem Ziele nach sinnlos wie in der Ausführung unverständlich sind. Ein weiteres Eingehen auf die soziale Entwicklung der Untergebrachten und die Straftaten ist hier nicht möglich. Manches läßt sich aus den oben gegebenen Darstellungen der Fälle ableiten. Es sei nur noch auf die Beziehungen der einzelnen Untergebrachten zum Sexualpartner hingewiesen, keinesfalls nur bei den Sittlichkeitsverbrechern. Die Trinker sind z. T. mehrfach geschieden worden, während die Frau des trunksüchtigen, aber seiner Persönlichkeit nach ganz anders zu wertenden D. (Fall 39) bis zuletzt unwandelbar an diesem im Grunde anständigen, nur ungewöhnlich willensschwachen Mann festgehalten hat. Auch bei einigen der anderen Untergebrachten verdienen diese Dinge Beachtung. Die Einstellung und das Verhalten des Rechtsbrechers zur Ehe und zur Frau wären überhaupt einmal in ihren biologischen, soziologischen und psychologischen Verflechtungen einer besonderen Darstellung wert.

Beziehungen zwischen der Art der Kriminalität und dem Ausmaß, in dem ein Untergebrachter in der Anstalt stört, bestehen zwar nicht regelmäßig, aber sie sind doch unverkennbar. Unter den Rückfallskriminellen stören die gefühlskalten, triebstarken und reizbaren Psychopathen ungleich stärker als etwa die willensschwachen und willensbestimmbaren. Vom Verhalten her gesehen sind also die Süchtigen, die Lügner, Hehler oder Betrüger erträglicher in der Anstalt als etwa die Explosiblen, die Triebstarken oder die Gewalttätigen, zu denen wir auch die kleine Gruppe der schizophren gewordenen Gewohnheitsverbrecher zählen wollen. Grund-

sätzlich anders, nämlich günstiger, liegen die Verhältnisse bei manchen schwachsinnigen Gelegenheitsverbrechern und wieder anders bei den meisten Geisteskranken. Auch das Verhalten der Untergebrachten in der Anstalt ist, ähnlich wie die Kriminalität in der Freiheit, gleichsam nur mehrdimensional zu verstehen, es wird aus sehr verschiedenen Quellen gespeist.

Erfassung der Persönlichkeit durch den Psychiater.

Um den Schwierigkeiten bei der Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt zu begegnen, kommt es — wie bereits wiederholt im einzelnen gezeigt worden ist — in jedem einzelnen Falle über die Diagnosenstellung hinaus auf eine möglichst genaue Erfassung der Persönlichkeit des Rechtsbrechers an, insbesondere bei den Psychopathen und Schwachsinnigen. So sind u. a. die verschiedenen Typen der untergebrachten Trinker aufgezeigt worden (S. 331), die Eignung der verschiedenen Formen der Psychopathien und des Schwachsinns für die Unterbringung, die Bedeutung der Ausgangspersönlichkeit bei den Geisteskranken oder die Einflüsse der Anlage und der Entwicklung der Persönlichkeit auf Art und Dauer der Kriminalität und damit auf die Fragen der Unterbringung. Hier sei nur noch ergänzend auf die besonderen fachärztlichen Aufgaben verwiesen.

Eine fachärztliche Beurteilung des Untergebrachten sollte stets für unerläßlich gehalten werden. Eine Begutachtung wird für diese Fälle auch bereits vom Gesetzgeber gewünscht, unter Umständen schon im Vorverfahren und ebenso im Sicherungsverfahren (§ 80a, ferner § 81 neuer Fassung, § 81a und im Sicherungsverfahren § 429c StPO.). Es ist notwendig, daß es auch auf diesem Grenzgebiet der Kriminalbiologie zu einer noch besseren Differenzierung der Rechtsbrecher und damit der Arten der Sicherung und Unterbringung kommt. Eine der Persönlichkeit und der Art und dem Grade der Erkrankung angepaßte Abstufung zwischen Heimunterbringung, Heilanstalt, Arbeitshaus, Sicherungsanstalt, unter Umständen auch noch einer besonderen Verwahranstalt oder Sonderabteilung einer Strafanstalt ist etwas grundsätzlich anderes als der Unterschied zwischen Gefängnis und Zuchthaus, sie darf auch keinesfalls mit früheren Einrichtungen wie etwa dem Strafvollzug in Stufen verwechselt werden. Die Sonderung nach der Persönlichkeit und Erkrankung der Unterzubringenden dient nicht nur diesen selbst, sondern auch der Allgemeinheit und dem Schutz des Personals und aller Kranken in der Heilanstalt, und sie allein erfüllt

auch die im eigentlichen Sinne biologischen Anforderungen, die einer neuzeitlichen Verbrechensbekämpfung entsprechen.

Der Facharzt soll auch nach begonnener Unterbringung, also während des Vollzugs in der Heilanstalt bis zur Entlassung gehört werden. Er sollte ferner von sich aus, wo es nötig ist, mit der Vollstreckungsbehörde in Verbindung treten, sofern eine andere als Heilanstaltsunterbringung besser am Platze wäre, wenn auch die Möglichkeiten einer Veränderung des Orts der Unterbringung heute leider noch sehr begrenzt sind. Der Sachverständige sollte weiter von der Vollstreckungsbehörde auch rechtzeitig zugezogen werden, wenn etwa Zweifel auftauchen, ob Sicherungsverwahrte nicht besser in die Heilanstalt gehörten, oder ob noch in der Strafhaft befindliche Verurteilte, die später untergebracht werden sollen, wegen ihres Zustandes schon vor Ablauf der Strafzeit in die Anstalt überführt werden müßten. Ebenso müßten auch nach der Anstaltsunterbringung in Heime verbrachte Kriminelle in Zweifelsfragen dem Facharzte zur Beurteilung zugeführt werden. Ebenso ist er schließlich zuständig, um im Rahmen der Strafanstalten errichtete Sonderabteilungen für dazu geeignete Untergebrachte zu betreuen.

Anordnung mehrerer Maßnahmen nebeneinander.

Zunächst ist es nötig, die bereits durch das Gesetz geschaffenen Möglichkeiten auszuschöpfen, soweit dies noch nicht geschieht. Wichtig ist, daß Maßnahmen der Sicherung und Besserung nach § 42n nebeneinander angeordnet werden können. Davon wird noch viel zu wenig Gebrauch gemacht. Auch *Creutz* und ebenso *Meggendorfer* haben darauf hingewiesen. Freilich muß bereits im Urteil diese Möglichkeit ausgenutzt werden, das Weitere bleibt Sache des Strafvollzugs. So kann man, um ein Beispiel zu nennen, bei den nach § 42b und c untergebrachten Trinkern, die auf die Entziehung gut ansprechen und nicht zur Gruppe der Anlagekriminellen gehören, sich mit dem Vollzug des § 42c begnügen, während man bei Trinkern, bei denen 2 Jahre nicht genügen, sondern eine Unterbringung über die 2 Jahre hinaus ratsam erscheint, zusätzlich § 42b anwenden wird. Wesentlicher noch ist die gemeinsame Anordnung einer Unterbringung nach § 42b und der Sicherungsverwahrung, wie sie sich vor allem bei einem Teile der Psychopathen und Schwachsinnigen empfiehlt. Sie sollte vom Gutachter in allen einschlägigen, ja auch nur daraufhin verdächtigen Fällen dem Gericht dringend angeraten werden. Eine Schwierigkeit liegt heute allerdings noch darin, daß die Sicherungsverwahrung nur bei gefähr-

lichen Gewohnheitsverbrechern gemäß § 20a StGB. angewendet werden darf, also bei einem erheblich engeren Kreis von Kriminellen, als unter die Voraussetzungen der Unterbringung fallen. Zeigt die Beobachtung in der Heilanstalt, daß der Rechtsbrecher für diese nicht geeignet ist, andererseits aber seiner geistigen und körperlichen Verfassung nach in der Lage ist, in Sicherungsverwahrung zu kommen, so wird man der Staatsanwaltschaft als Gutachter raten, ihn dorthin zu überführen. Es ist also kein Schade angerichtet, wenn einmal in einem nicht dafür geeigneten Falle neben der Unterbringung auch zugleich die Sicherungsverwahrung beschlossen wird. Der Facharzt hat bei alledem zwar nur ein beratendes, aber doch meist ausschlaggebendes Wort. Nur wo selbst bei kritischer Würdigung des Falles von vornherein allein die Unterbringung in einer Heilanstalt in Frage kommt, sollte man von der hilfsweisen Maßnahme der Sicherung im Urteil absehen. Soweit die Voraussetzungen zur Sicherungsverwahrung gegeben sind und diese neben der Unterbringung angeordnet worden ist, dürfte es sich empfehlen, den Wechsel zwischen Heilanstalt und Sicherungsanstalt möglichst leicht zu gestalten, in enger Zusammenarbeit zwischen Staatsanwalt und Psychiater. Für die noch nicht als gefährliche Gewohnheitsverbrecher anzusprechenden, den Voraussetzungen der Unterbringung genügenden Kriminellen käme, wenn sie für die Heilanstalt nicht geeignet sind, nachdem die Heilanstaltsbeobachtung die nötige Klärung gebracht hat, etwa ein Arbeitshaus, eine Verwahranstalt oder Sonderabteilung einer Strafanstalt in Betracht. Zu einer derartigen Verlegung fehlen heute aber teilweise noch die gesetzlichen Voraussetzungen. Unter Umständen könnten in der Anstalt begangene Straftaten die Veranlassung sein, daß nunmehr zusammen mit den früheren Straftaten die bei der Verurteilung zunächst noch nicht vorliegenden Bedingungen für Sicherungsverwahrung erfüllt sind, so daß, nachdem ein neues Verfahren in Gang gebracht worden ist, der Untergebrachte jetzt aus der Heilanstalt in Sicherungsverwahrung kommen kann.

Entmannung.

Im Gesetz ist in § 42k als weitere Maßnahme die Entmannung vorgesehen, dann nämlich, wenn der Kriminelle ein gefährlicher Sittlichkeitsverbrecher ist. Die gesetzlichen Voraussetzungen sind bei einem Teil der untergebrachten Sittlichkeitsverbrecher erfüllt. Auch davon wird nach unseren Erfahrungen noch nicht genügend Gebrauch gemacht. Neben der Herabsetzung des Sexualtriebes

führt die Entmannung, wie auch wir gesehen haben und wie wiederholt betont worden ist, meist dazu, daß das Verhalten des Entmannten nach dem Eingriff sozialer, lenksamer und verträglicher wird, so daß *Weygandt* sogar die Entmannung auch für manche Schizophrene empfohlen hat. Die Erfahrungen sprechen jedoch dagegen, daß der Erfolg bei Psychotischen so gut wie bei Nichtpsychotischen ist. Mehrere schwachsinnige Sittlichkeitsverbrecher konnten bald nach der Entmannung entlassen werden (Fälle 18—20), darunter ein älterer Mann, der auch einen sehr starken normal gerichteten Trieb gehabt hatte (Fall 20), während die erwarteten Folgen bei einem Schwachsinnigen, der dann schizophren geworden ist, ausblieben (Fall 22) und auch teilweise, bisher wenigstens, bei einem Schwachsinnigen mit ungewöhnlich vielseitigem abartigen Trieb. Bei diesem (Fall 21) konnte immerhin eine allgemeine Abstumpfung und Senkung der Triebhaftigkeit beobachtet werden, die aber bis jetzt noch nicht ausreicht, um darauf eine Entlassung zu stützen.

Selbst wenn man von der noch problematischen Entmannung solcher Sittlichkeitsverbrecher absieht, die schizophren sind oder es in der Anstalt geworden sind, und desgleichen von einer, wie *Wiedholdt* vorschlägt, Entmannung von metencephalitischen oder epileptischen Sittlichkeitsverbrechern, oder auch von älteren, in der Involutionszeit oder gar in einer dementen Art entgleisten, sexuell sonst normalen Männern wie B. (Fall 13), so bleiben doch noch die zahlreichen Fälle von Sexualdelikten der Psychopathen und im besondern der Schwachsinnigen. Bei ihnen kann entweder das Gericht, wenn der Untergebrachte ein gefährlicher Sittlichkeitsverbrecher im Sinne des Gesetzes ist, die Entmannung anordnen, oder aber der Eingriff kann freiwillig oder über die Entmündigung und Zustimmung des Vormundes nach amts- oder gerichtsärztlichem Zeugnis vorgenommen werden gemäß dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Diese Zustimmung wird wohl stets gegeben werden. Der Rechtsbrecher wird durch den Eingriff von seinem krankhaften Triebe befreit, er kann nun Jahre, oft viele Jahre früher der Freiheit wiedergegeben und einer nutzbringenden Beschäftigung außerhalb der Anstalt zugeführt werden, seine Fortpflanzung wird, auch wo die gesetzlichen Voraussetzungen zur Unfruchtbarmachung nicht vorliegen, z. B. bei Psychopathen, verhütet, und der Allgemeinheit werden große Kosten erspart. Der Sachverständige sollte vor Gericht in allen einschlägigen Fällen, auch ohne ausdrücklich danach gefragt zu sein, die Entmannung empfehlen.

Ergänzend sei erwähnt, daß die Entmannung andernorts sogar bei zurechnungsfähigen Sittlichkeitsverbrechern ohne Anwendungsmöglichkeit des § 20a StGB. auch gegen den Willen des Rechtsbrechers durchgeführt wird, nämlich „zur Abwendung einer ernsten Gefahr für die Gesundheit", wobei man unter Gesundheit auch die moralische Gesundheit, das „gesunde Verhalten" einbegreift. Nach *Meggendorfer* ist eine solche Ausweitung des herangezogenen Paragraphen (§ 14 GzVeN.) und die dazu ergangenen Verordnungen nicht statthaft, sie wird aber in einer weiteren Zahl von Fällen nicht nur neuen Sittlichkeitsdelikten in und außerhalb der Anstalt vorbeugen, sondern auch die übrigen Vorteile der Entmannung erzielen.

Die Entmannung ist dagegen in den Fällen nicht angezeigt, wo das Verbrechen bei an sich normalem Triebe lediglich aus dem Mangel eines geeigneten Sexualpartners heraus begangen wird, wie manchmal bei jüngeren Schwachsinnigen oder alternden Männern. Bei diesen auf die Unterbringung im allgemeinen recht gut ansprechenden Personen ist nicht selten die Unterbringung in einem Pflegeheim ausreichend. *Johannes Lange* hält mit Recht dafür, daß der Eingriff der Entmannung besonders dort wirksam sein werde, wo überstarke, an sich normale Triebkräfte an der Wurzel des Sittlichkeitsverbrechens liegen.

Unterbringung in Heimen und Sonderabteilungen.

Noch nicht allgemein entschieden ist die Frage, ob offene oder geschlossene Heime öffentlicher Stellen, Heime, die meist unter der nebenamtlichen Leitung eines Heimarztes, meist keines Psychiaters, stehen, den Erfordernissen des Gesetzes entsprechen. *F. Kopp*, der für bestimmte Fälle, z. B. ältere, verhältnismäßig harmlose Sittlichkeitsverbrecher, geschlossene Heimunterbringung empfiehlt, will aus dem Wortlaut des Gesetzes („Heil- oder Pflegeanstalt") die Berechtigung dazu herleiten. *Meggendorfer* hat dagegen begründete Zweifel, ob nicht das Gesetz die übliche „Heil- und Pflegeanstalt" meint und damit die Heimunterbringung ausschließt. Die Frage ist aus dem Grunde mehr theoretischer Natur, als sich in solchen Fällen durch die Entlassung die Unterbringung bedingt aussetzen und damit eine Heimunterbringung ermöglichen läßt. Kommt es zu neuen Verfehlungen, so kann die sofortige Rückführung erfolgen. Eine Schwierigkeit liegt freilich darin, daß der Anstaltsarzt zur Erreichung der Entlassung der Strafvollstreckungsbehörde nur selten ohne Einschränkung bescheinigen kann, daß „der Zweck der Unterbringung erreicht" sei. Er ist nur bedingt

erreicht, da eine Entlassung ins freie Leben noch nicht oder überhaupt nicht möglich ist. Besser wäre also in jedem Falle eine Ausdehnung der strafrechtlichen Unterbringungsmöglichkeit auf derartige Heime. Übrigens ist die Heimunterbringung meist auch erheblich billiger als die Unterbringung in einer Heilanstalt.

Eine bessere und vollständigere Ausnützung der bereits bestehenden Möglichkeiten reicht allein nicht aus, um den für die Heilanstalten aus der Unterbringung entstandenen und noch wachsenden Schwierigkeiten wirksam zu begegnen. Während von der Einrichtung besonderer Abteilungen mit bewaffnetem Pflegepersonal im Rahmen der Heilanstalt, wie bereits erörtert (s, S. 324), dringend abzuraten ist, selbst wenn die Möglichkeit der räumlichen Absonderung im gleichen Bau oder einem eigenen Haus besteht, stellt die auf dem Kongreß in Köln 1938 mitgeteilte, in Rostock-Gelsheim begonnene Einrichtung einer besonderen Abteilung an einer Strafanstalt unter psychiatrischer Aufsicht eine ernsthaft zu prüfende Lösung dar. Solche Abteilungen wären für diejenigen Untergebrachten das Richtige, die auf Grund ihrer Persönlichkeit oder Erkrankung nicht oder wegen des Fehlens der gesetzlichen Voraussetzungen noch nicht für Sicherungsverwahrung geeignet sind, noch auch andererseits in ein Heim passen, die vielmehr eine Art Zwischenstellung zwischen den Sicherungsverwahrten und den für Heim oder Heilanstalt geeigneten Untergebrachten einnehmen, vor allem — wie bereits oben erwähnt — bestimmte Schwachsinnige oder Psychopathen, aber auch manche sehr gut remittierte Schizophrene, ferner gelegentlich etwa Epileptiker oder Postencephalitiker. Die Unterbringung ist ja überhaupt ein Teil des Strafvollzugs, und bei diesen Persönlichkeiten steht nahezu in gleichem Maße wie bei den Sicherungsverwahrten die Sicherung weit vor der Behandlung oder Besserung durch Arzt oder Heilanstalt. Die „Abteilung Heil- und Pflegeanstalt in der Strafanstalt“, wie man sie genannt hat, um zugleich die Übereinstimmung mit der heute bestehenden Rechtslage anzudeuten, müßte unter die laufende Betreuung eines Psychiaters und in engste Zusammenarbeit mit der zuständigen Heilanstalt gebracht werden, so daß jederzeit die Möglichkeit gegeben wäre, bei Veränderung des Zustandes, bei dem Auftreten gröberer psychischer Störungen, bei einer Häufung von Anfällen oder dergleichen eine Zurücknahme in die Heilanstalt durchzuführen, oder aber umgekehrt der Abteilung nach ausreichender Beobachtung aus der Zahl der in der Heilanstalt Untergebrachten die geeigneten Personen zuzuführen. Eine ähnliche Regelung, wie sie in Rostock getroffen worden ist,

haben wir dem Ministerium für das Land Thüringen durch Einrichtung einer solchen Abteilung in einer südthüringischen nahegelegenen Strafanstalt vorgeschlagen.

Eine solche Sonderung der Untergebrachten wäre auch noch aus weiteren Gründen empfehlenswert. Manche willensschwachen, beeinflußbaren, oft noch jungen, bisher nicht stärker entgleisten Untergebrachten müssen in der Heilanstalt, in der viel größere Freiheiten als in einer Strafanstalt herrschen, durch das dauernde und enge Zusammenleben mit einer stets steigenden Zahl von Schwerkriminellen trotz aller Mühen der Ärzte und Pfleger verdorben werden. Dadurch wird der beabsichtigte Zweck einer Besserung völlig hinfällig. Die Verlegung der besonders störenden oder gefährlichen Kriminellen in die einer Strafanstalt angegliederte Abteilung beseitigt neben den sonstigen Vorteilen, also dem Schutz der Anstalt und ihrer Kranken, der besseren Sicherung gegen Ausbrüche, der schärferen Heranführung an die Arbeit, der strafferen Erziehung, auch diese Gefahr mit einem Schlage. *Stumpfl* hat auf Grund seiner reichen Erfahrungen an Kriminellen ganz allgemein in der Strafvollstreckung eine Trennung der gefährlichen Verbrecher von den harmloseren gefordert, um zu vermeiden, daß diese immer tiefer absinken und schließlich trotz besserer Anlagen doch der Schwerkriminalität verfallen. *Stumpfl* hat sogar die Errichtung getrennter Abteilungen in den Strafanstalten, je nach der Schwere der Kriminalität und der biologischen Beschaffenheit der Rechtsbrecher, gefordert. Durch solche Maßnahmen ließe sich eine „Rationalisierung der Verbrechensbekämpfung" (*Stumpfl*) erreichen[1]).

Strafverfahren gegen Untergebrachte.

Ein letztes Mittel, gegen einzelne Störenfriede der Untergebrachten innerhalb der Heilanstalt vorzugehen, wäre es, wenn man die Zurechnungsfähigen oder nur erheblich vermindert Zurechnungsfähigen nach Begehung von Straftaten in der Anstalt noch während der Unterbringungszeit in ein reguläres Strafverfahren brächte, wie es *Kihn* auf der Abteilung für asoziale Tuberkulöse in den Heilanstalten Stadtroda — sogar mit Gerichtsverhandlung in der Anstalt unter Anwesenheit der übrigen Kranken — getan hat. Ein

[1]) Auf die besondere Frage der geplanten Bewahranstalten soll in diesem Zusammenhange nicht näher eingegangen werden (s. a. bei *Creutz*). Sie kämen für gewisse Fälle der Unterzubringenden wohl in Betracht.



solches Verfahren muß zwar zunächst abschrecken, es könnte den Untergebrachten sogar vorübergehend wieder in eine Strafanstalt, vielleicht auch in einem neuen Verfahren unmehr in Sicherungsverwahrung bringen. Jedoch widerstrebt dieses Vorgehen dem Charakter einer ärztlich ausgerichteten Heilanstalt, so daß es kaum zur Nachahmung empfohlen werden kann. Auch werden viele störenden Handlungen in der Heilanstalt nicht zugleich strafbare Handlungen sein, und bei der Eigenart der Untergebrachten ist trotz allem mit weiterer Rückfälligkeit in der Heilanstalt zu rechnen. Daher mag eine solche aus der Not entstandene Maßnahme auf einer Abteilung mit tuberkulös erkrankten schweren Psychopathen ausnahmsweise berechtigt sein, wo andere Maßnahmen nicht helfen, und wo wegen der körperlichen Krankeit nicht an eine Sicherungsverwahrung gedacht werden kann, aber wohl kaum für den Durchschnitt der hauptsächlich mit Geisteskranken belegten Heil- und Pflegeanstalten, jedenfalls nur in Ausnahmefällen.

Feste Häuser.

Wiederholt ist schon der sogenannten festen Häuser bzw. entsprechender Abteilungen Erwähnung getan worden. In den Fällen, in denen der Rechtsbrecher nicht schwachsinnig oder psychopathisch, sondern psychotisch, stellt die Straftat fast stets etwas grundsätzlich anders dar als das Verbrechen eines Gesunden oder lediglich Abartigen, nämlich eine Äußerungsform der Krankheit, etwas der Persönlichkeit Fremdes oder, wie *Stumpfl* es nennt, eine „Reaktion“ gegenüber der Tat eines Verantwortlichen oder im allgemeinen höchstens erheblich vermindert Zurechnungsfähigen. Dann können auch Sicherungsverwahrung oder Unterbringung in einem Arbeitshause nicht in Betracht kommen. Unter den Psychotischen finden sich nun gelegentlich Rechtsbrecher, die auch in der Heilanstalt so schwer stören, die in einem solchen Ausmaße gewalttätig sind oder auf Grund ihrer krankhaften Charakterwandlung, ihrer feindlichen Einstellung gegenüber der Umwelt, in anderen Fällen infolge ihrer psychotischen Erlebnisse jederzeit so gefährlich werden können, daß sie selbst auf den geschlossenen Abteilungen der Anstalt auf die Dauer nicht zu halten sind. Sie ununterbrochen in besondere Einzelzimmern zu legen, ist in dem Betrieb einer durchschnittlichen Anstalt nicht tunlich, und es wird unmöglich, wenn sich die Fälle häufen. Teils sind diese Kranken schon vor dem Beginn der Psychose verbrecherisch gewesen, es ist durch die Erkrankung nur eine andere Motivation und Begehungs-

art der Verbrechen entstanden, es sind also Angehörige jener oben bereits erwähnten Gruppe geisteskrank gewordener Anlageverbrecher, die bei völlig zurücktretenden psychotischen Veränderungen in Sicherungsverwahrung oder etwa in die Sonderabteilung einer Strafanstalt gehören. Andererseits aber handelt es sich auch um die freilich sehr seltenen, vorher nicht kriminellen oder wenigstens nicht als kriminell in Erscheinung getretenen Kranken, bei denen erst die Psychose verbrecherische Impulse gesetzt hat, um Kranke, die durch die geistige Störung zu brutalen Gewaltverbrechern werden, gelegentlich von einer Art, daß ihre Sicherung in einer über die üblichen Anstaltsmöglichkeiten hinausgehenden Art notwendig wird. Nach unseren Erfahrungen sind es hauptsächlich Schizophrene oder wesensveränderte Epileptiker, die dazu gehören. Als richtiger Ort der Unterbringung bietet sich die schon seit Jahrzehnten in einzelnen Teilen des Reichs bestehende Einrichtung der sogenannten festen Häuser an, wie etwa Waldheim in Sachsen. Das Land Thüringen hatte bis zum Jahre 1939 einen Vertrag mit dem Land Sachsen, um in solchen seltenen Fällen besonders gefährliche verbrecherische Geisteskranke dorthin überführen zu können. Die Frage hat bereits, wie man sieht, lange vor Erlassung des Gesetzes gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher bestanden, sie ist eigentlich mehr eine psychiatrische und nicht eine solche der Strafrechtspflege, und durch das neue Gesetz sind auch keine nennenswerten neuen Belastungen in dieser Hinsicht zu erwarten, da alle diese Persönlichkeiten auch ohnedies in Anstalspflege gekommen wären. Diese Fälle lassen sich bei neuzeitlicher Krankenbehandlung in der Anstalt noch erheblich verringern, so daß sie tatsächlich sehr selten sind. Freilich ist dazu auch eine frühzeitige Erfassung der Erkrankten und ein rechtzeitiges therapeutisches Angehen nötig, um „Anstaltsartefakte“ zu verhüten. Während der vergangenen 3 Jahre ist in der hiesigen Anstalt die Unterbringung in Waldheim nur bei einem Schizophrenen, einem vorher tüchtigen Landwirt, nötig geworden, der bewußt fortgesetzt plötzlich auftretende Impulse zu gröbsten Angriffen auf die Umgebung erlebte, und dann bei einem charakterlich schwer veränderten, hinterlistigen, ungewöhnlich gewalttätigen Epilektiker. In dem Fall eines Paranoid-Schizophrenen, der aus Eifersucht einen Totschlagversuch an seinem Bruder gemacht hat (Fall 8a), scheint sich eine ähnliche ungünstige Entwicklung anzubahnen, und schließlich wäre hier noch ein gut remittierter, seit je verbrecherischer Paranoid-Schizophrener zu nennen, bei dem eine dauernde Bereitschaft zu schwersten Gewalttaten besteht. Unter

den bisher hier nach § 42 Untergebrachten befindet sich keiner, der unbedingt in ein festes Haus gehörte, wenn es auch vereinzelt, so besonders bei dem schizophrenen D. (Fall 11), wünschenswert wäre, da bei diesem Anlageverbrecher die schizophrene Veränderung ziemlich rasch fortschreitet, die Neigung zur Schwerkriminalität aber geblieben ist. So gut remittierte Fälle wie H. (Fall 9) oder M. (Fall 10) wären dagegen, wie oben dargelegt, besser in Sicherungsverwahrung oder in einer geeigneten Abteilung einer Strafanstalt untergebracht. Erst beim Hervortreten stärkerer psychotischer Erscheinungen und nur solange dies der Fall ist, sollten sie dort wieder herausgenommen werden, um dann allerdings notfalls auch in ein festes Haus zu kommen.

Die Einrichtung der festen Häuser ist unter anderem von *Kraepelin-Lange* schon vor über zehn Jahren kritisch beurteilt worden. Ich glaube, daß man ohne sie schwer auskommen wird, daß sie sogar einen Nutzen zum Wohle der Anstalten und der übrigen Kranken darstellen, mit der einen Einschränkung freilich: die Verbringung in ein solches festes Haus bedarf einer besonders strengen Anzeigestellung, die noch um so strenger sein sollte, wenn es sich nicht um einen geisteskrank gewordenen Anlageverbrecher handelt. Nie darf die Verbringung in ein solches Haus die Folge der Bequemlichkeit der Anstaltsärzte sein, die einen lästigen, gespannten, vielleicht einmal vorübergehend angreifenden Kranken loswerden wollen, und die nun ohne Eindringen in die Einzelheiten des Falles und der auffälligen Handlung kurzweg die Verbringung in ein festes Haus durchführen. Im übrigen bleibt es sich praktisch ziemlich gleich, ob die für ein festes Haus geeigneten Kranken, die in der Heilanstalt nicht zu halten sind, in die Einzelhaft einer besonderen Abteilung einer Strafanstalt unter psychiatrischer Aufsicht kommen oder in ein solches festes Haus, da dieses meist ebenfalls hauptsächlich Einzelzimmer hat, jedenfalls aber über dieselben Sicherungseinrichtungen und über bewaffnete Wärter wie ein Gefängnis verfügen muß, wenn es seinen Zweck erfüllen soll.

E. Schluß.

Das für die Verhütung von Verbrechen äußerst wirksame Gesetz über Maßnahmen der Sicherung und Besserung hat durch die darin festgelegte Unterbringung von Geisteskranken und von seelisch-geistig Abartigen, also Schwachsinnigen, Psychopathen und Süchtigen in den Heil- und Pflegeanstalten diesen große Schwierigkeiten gebracht. Die Schwierigkeiten wachsen noch, da

wenigen Entlassungen fortgesetzt weitere zahlenmäßig überlegene Unterbringungen gegenüberstehen, und da die Mehrzahl der Untergebrachten jahrelang, unter Umständen lebenslang in der Anstalt wird bleiben müssen. So besteht die Gefahr, daß die Heil- und Pflegeanstalten ihres Zweckes entkleidet werden, und daß eine sehr ungünstige rückläufige Entwicklung eingeleitet wird.

Auf Grund allgemeiner psychiatrischer Erfahrungen und insbesondere an Hand der bisher in der Anstalt Hildburghausen Untergebrachten wurden diese Schwierigkeiten in der vorliegenden Arbeit näher erörtert und auf ihre eigentlichen Ursachen zurückgeführt. Ferner wurde des Näheren auf die Rechtsverhältniss und auf die klinischen, anstaltspflegerischen, kriminalbiologischen und sozialen Gesichtspunkte eingegangen, die mit der Unterbringung zusammenhängen.

Von entscheidender Bedeutung ist in Zukunft eine bessere Erfassung und Berücksichtigung der Persönlichkeit des untergebrachten Rechtsbrechers, des abartigen wie des kranken. Tatsächlich gehen die Schwierigkeiten in den Heilanstalten fast nur von einem Teil der Untergebrachten aus, und zwar vornehmlich von den abartigen Persönlichkeiten, also den Schwachsinnigen und Psychopathen. Bereits das Gesetz scheint nicht hinreichend zwischen Geisteskranken und Abartigen zu unterscheiden. Soweit auch eigentlich geisteskranke Untergebrachte stören, liegen die Verhältnisse grundsätzlich anders als bei den Abartigen. Die Untersuchung konnte jedoch weiter zeigen, daß es nicht durchweg auf die Diagnose und ebenso nicht etwa auf den Grad der Zurechnungsfähigkeit zur Zeit der Straftat ankommt, sondern wesentlich auf die durch Erbanlagen weitgehend in ihrer Entwicklung und sozialen Eingliederungsfähigkeit von Anfang an festgelegte Grundpersönlichkeit. Auch unter den Schizophrenen finden sich beispielsweise einzelne Anlageverbrecher, die, soweit sie nicht stärker psychotisch sind, bei den Fragen der Unterbringung grundsätzlich von den übrigen Schizophrenen zu unterscheiden sind, welche erst im Verlauf ihrer Erkrankung kriminell werden. Eine ähnliche Unterscheidung läßt sich bei den Trinkern machen.

Entsprechend den großen Unterschieden in der Persönlichkeit und in der Art der Erkrankung ist weiter, wie ebenfalls des Näheren gezeigt werden konnte, der Begriff der „Besserung“ etwas sehr Verschiedenes. Die Möglichkeiten der Besserung und der Erreichung der Entlassungsfähigkeit hängen weitgehend mit dem

Grad der Eignung für die Heilanstalt zusammen. Auch Anwendungsmöglichkeit der Beschäftigungsbehandlung einerseits, Notwendigkeit der Anleitung oder des Zwanges zur Arbeit andererseits sind bei den Untergebrachten von Fall zu Fall zu unterscheiden.

Schon aus volksgesundheitlichen Gründen, nämlich um den Heil- und Pflegeanstalten ihren eigentlichen Sinn und Zweck als Krankenhäuser mit fachärztlichen Aufgaben zu erhalten und um die darin behandelten Kranken und das Personal zu schützen, ist dringend zu fordern, daß die Heilanstalten vor allem von den Anlageverbrechern befreit werden. Der Begriff der Volksgemeinschaft, die vor den Verbrechern zu schützen ist, macht nicht vor den Toren der Anstalt halt. Die Unterbringung ist aber auch sonst nicht durchweg in einer Heilanstalt nötig. Vielmehr gehört, wie näher ausgeführt und begründet worden ist, ein erhbelicher Teil der Untergebrachten an eine andere Stelle. Eine Lösung der nicht immer einfachen Aufgabe der richtigen Unterbringung ist daher in Zukunft nur von einer Differenzierung der Unterbringung zu erwarten, deren Grundlage die genaue Erforschung der Persönlichkeit des Rechtsbrechers und seines bisherigen Entwicklungsganges ist. Daraus werden sich zahlreiche Vorteile nicht nur für die Heilanstalt, sondern auch für die Allgemeinheit und nicht zuletzt für die Untergebrachten selbst ergeben.

Es sind recht verschiedene Maßnahmen, die dem genannten Zwecke dienen können. Teils sind sie bereits durch das Gesetz gegeben, aber noch nicht hinreichend ausgeschöpft, teils wären neue gesetzliche Grundlagen zu schaffen. So kann heute schon, da mehrere Maßnahmen der Sicherung und Besserung nebeneinander angeordnet werden können, etwa neben den Beschluß zur Unterbringung auch der auf Sicherungsverwahrung treten, sofern die übrigen Voraussetzungen dazu erfüllt sind, oder es kann neben der befristeten Unterbringung nach § 42c zugleich die unbefristete Unterbringung nach § 42b beschlossen werden. Auch die Entmannung wird bisher in noch zu wenig Fällen angeordnet. Sie führt zu einer Sozialisierung des Sittlichkeitsverbrechers und fast auch stets zu einer frühzeitigeren Entlassung. Während bei den Geisteskranken gelegentlich der Grad der Zurechnungsfähigkeit überschätzt wird, wird immer noch zu leicht bei Psychopathen und Schwachsinnigen eine erhebliche Minderung der Zurechnungsfähigkeit oder gar Unzurechnungsfähigkeit angenommen, womit wiederum eine nicht selten schematisch vorgenommene Unterbringung an Stelle der

Sicherungsverwahrung oder der regulären Strafe verbunden ist. Es gibt auch Unzurechnungsfähige, die in Sicherungsverwahrung gehören. Der Grad der Minderung der Zurechnungsfähigkeit hat nichts unmittelbar mit dem besten Ort der Unterbringung zu tun. Die begrenzte Unterbringungsdauer nach § 42c bei Trinkern wäre zu verlängern oder unbegrenzt zu gestalten. Während der größere Teil der Psychopathen und Schwachsinnigen besser in Sicherungsverwahrung oder etwa in ein Arbeitshaus gehörte, wäre andererseits bei manchen Fällen als Übergang zur Entlassung oder auch als endgültiger Ort der Unterbringung ein Heimaufenthalt ausreichend, z. B. bei manchen willensschwachen Psychopathen, fügsamen Schwachsinnigen oder bei Senilen. Für einen anderen Teil der Fälle empfiehlt sich die Einrichtung besonderer Abteilungen unter psychiatrischer Leitung im Rahmen von Strafanstalten. In ganz seltenen Fällen, z. B. bei einzelnen, zu schweren Gewalttaten neigenden Psychotischen wird die Unterbringung in einem sogenannten festen Hause nicht zu umgehen sein. Es empfiehlt sich in jedem Falle, den unterzubringenden Rechtsbrecher zunächst in eine Heil- und Pflegeanstalt zu verlegen und ihn hier eingehend untersuchen und beobachten zu lassen. Von dem Ergebnis der Untersuchung wäre dann die Wahl eines geeigneteren Ortes abhängig zu machen. Nicht selten wird während der Dauer der Unterbringung ein Wechsel zwischen den verschiedenen Anstalten notwendig sein, entweder weil sich der Zustand des Untergebrachten verändert hat, oder aber weil sich die gewählte Unterbringung als ungeeignet gezeigt hat. Diese Verlegungen müßten überhaupt durch geeignete Zusammenarbeit zwischen der Staatsanwaltschaft und dem Psychiater leichter gestaltet werden.

Nimmt man den Anstalten in Zukunft die Last, die durch die wahllose Unterbringung von erheblich vermindert zurechnungsfähigen oder unzurechnungsfähigen Rechtsbrechern auf sie gelegt worden ist, und durch die sie aus Krankenanstalten zu ausführenden Organen der Strafrechtspflege gemacht werden, so wird sich in Zukunft die Verbrechensbekämpfung auf diesem schwierigen Grenzgebiete noch zweckvoller und sinnvoller und gewissermaßen biologischer, d. h. der Persönlichkeit des Rechtsbrechers und den sozialen Verhältnissen angepaßter gestalten. Die nicht zu entbehrende Mitarbeit der Ärzte und insbesondere der Psychiater wird dadurch nicht geringer, sondern eher noch umfangreicher und eindringlicher werden. Ärzte wie

Juristen werden dann die Gewißheit haben können, daß der Verbrecher das bekommt, was ihm gehört, daß aber andererseits auch, entsprechend dem bereits erreichten Stande der ärztlichen Kultur, die Kranken die Behandlung und Pflege erhalten, auf die sie als Volksgenossen Anspruch haben können.

Schrifttumverzeichnis

Aschaffenburg, O., Die rechtlichen Grundlagen der gerichtlichen Psychiatrie, in *Hoche:* Hdb. d. gerichtl. Psychiatrie, 3. A. Berlin 1934. — *Bücken, E.*, Geisteskrankenpflege 44, 9 (1940). — *Creutz, W.*, Allg. Z. Psychiatr. 111, 137 (1939). — *Exner, Fr.*, Kriminalbiologie. Hamburg, 1939. — *Gütt-Rüdin-Ruttke*, Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Kommentar), 1. A. München 1934. — *Lange, Johs.*, Die Folgen der Entmannung Erwachsener. Leipzig, 1934. — *Makowski, Käthe*, Psychiatr.-neurol. Wschr. 42, 253 u. 268 (1940). — *Mauz, F.*, Allg. Z. Psychiatr. 113, 86 (1939). — *Meggendorfer, F.*, Fortschr. Neur. 12, 140 (1940). — *Schottky, Johs.*, Vierteljahresschr. f. Suchtkranke, Jg. 1940, H. 3. — *Stumpfl, Fr.*, Die Ursprünge des Verbrechens, Leipzig, 1936. Die genannten Bücher und Arbeiten enthalten weitere Hinweise.

Die große Kaiserin Maria Theresia, hauptsächlich vom menschlichen Standpunkt aus

Von

Dr. **Ernst Müller**, Medizinalrat a. D., Hildburghausen

(Eingegangen am 26. September 1940)

Genealogisches.

Nach *Guglia* unterscheidet man an den Habsburgern einen trüberen Typus, der zeitweise in unbändige, ja bösartige Naturen wie Albrecht VI., den spanischen Don Carlos (schlechte Mitgift durch Johanna die Wahnsinnige) ausartete, der aber in milderer Form obwaltet bei Friedrich III., Karl V. und der folgenden spanischen Linie, in der österreichischen bei Rudolf II. und Leopold I. Dieser trübe Typus zeigt zögerndes, unentschlossenes Wesen, Trübsinn und Verschlossenheit, dabei Ausdauer und Gleichmut im Unglück. gewissen nüchternen Tiefsinn. Andererseits finden sich bei den Habsburgern wie zum Beispiel in Rudolf I. als Typus willensstarke, frohgemute, leichtblütige Menschen, sittliche Charaktere. Hierzu rechnen wir Maximilian I. bei unsteter, beinahe phantastischer Unternehmungslust, und Josef I., Oheim Maria Theresias, bei hochgespanntem Ehrgeiz und intensivem Herrschergefühl.

Es hat auch beträchtliche Frauengestalten im Hause Habsburg gegeben. Drei hervorragende Habsburgerinnen, die zugleich Statthalterinnen der Niederlande waren; Margarete, Tochter Maximilians I.: sie hatte auch künstlerische Interessen. Ihre Nichte Maria, Tochter des lebenssprühenden Philipps des Schönen, vermählt mit Ludwig von Ungarn, mit 21 Jahren Witwe. Die Großtante Maria Theresias, Maria Elisabeth, Tochter des Kaisers Leopold I., eine Frau von männlichem Geiste. Eine weitere bedeutende Habsburgerin, die Nichte der vorgenannten Maria, Tochter Karls V., verwaltete Spanien, heiratete Maximilian II., bildete das Bindeglied zwischen den spanischen und den anderen Habsburgern; sie lebte in zärtlicher Ehe, der 15 Kinder entsprossen.

Margarete von Parma, natürliche Tochter Karl V., zählt nicht zu den hervorragenden Regentinnen, es fehlten ihr Festigkeit und Konsequenz.

Maria Theresias Vater, Kaiser Karl VI., mehr zum dunkleren Typus zählend, besaß auch hellere Züge: unwandelbar ernstes und gemessenes Wesen, aber Sinn und Schwung für große Unternehmungen. Man kann unschwer viel Habsburgisches, auch väterliches Erbteil, bei Maria Theresia feststellen; nach *Ranke* wallte in ihr auch noch anderes Geblüt, zum Beispiel durch die Mutter welfisches Blut. Von ihrer Mutter her waren Groß- und Urgroßvater väterlicherseits bedeutende Menschen und Fürsten. Urgroßvater Herzog August, † 1666, war als Regent beinahe vorbildlich für Maria Theresia. Der Großvater Anton Ulrich besaß einen sehr starken Willen und einen hochstrebenden Sinn. Er war Maria Theresia ähnlich, eigentlich müßten wir das Umgekehrte sagen. Ihre Mutter, die spätere Kaiserin Elisabeth, war als junge Prinzessin mit vieler Mühe zum katholischen Glauben umerzogen worden. Diese kam über Italien nach Spanien; als 1711 ihr Mann infolge Ableben seines Bruders in die Heimat gerufen wurde, arbeitete sie eine Zeitlang in Spanien allein als Regentin und Generalkapitän, und erwarb sich, da sie mit großem Geschick ihres Amtes waltete, die Anhänglichkeit der Katalonier. Mildtätigkeit und Großmut waren charakteristische Züge von ihr, sie war unbeständig in ihrem Vertrauen, sie habe sich oft allzusehr durch einen gewissen Hang zur Veränderung und Neuheit beeinflussen lassen. Ein gutes Verhältnis zum preußischen Hof lag ihr am Herzen, weil der junge Kronprinz Friedrich von Preußen eine nahe Verwandte von ihr geheiratet hatte.

Kindheit.

Maria Theresia wurde ein Jahr nach dem baldigen Tode des kleinen Erherzogs Leopold am 13. Mai 1717 in der Hofburg geboren. Die kaiserlichen Kinder lebten zurückgezogen wie in einem Bürgerhaus. Sie hatte zwei Schwestern, Marianne und Amalia, die mit etwa 5 Jahren starb. Als Ajä wirkten die Gräfinnen Thurn, Stubenberg und Fuchs, letztere war deklarierte Favoritin der Kaiserin und erlebte nach ihrem Tode die angeblich unerhörte Auszeichnung, in der kaiserlichen Gruft bei den Kapuzinern beigesetzt zu werden. Ich finde die Auszeichnung gar nicht so unerhört, denn die Fürsten sind schließlich auch bloß Menschen. (Siehe Märchen vom Handwerkerssohn, der König wird, Aufstieg des letzten Schah von Iran!) Der Unterricht wurde zumeist von Jesuiten erteilt; als Lehrer hatten sie einen guten Ruf. Mit 16 Jahren betrieb die junge Prinzessin Poesie, Musik und Tanz und zeigte besondere Vorliebe für das Studium der Geschichte. Als der Venezianer und

Dichter Zeno 1724 zur Geburt von Maria Amalia ein Musikdrama aufführte, dirigierte Kaiser Karl das Orchester, während die siebenjährige Maria Theresia und ihre Schwester Marianne mitwirkten. Der deutsche Hofdichter war Heräus, während man Fénélons Telemach in übersetzten Alexandrinern las. Es herrschte eine musikalische Atmosphäre. Der Kaiser war der Musik ebenso ergeben wie Ferdinand III., Leopold I. und Josef I. Karl VI. komponierte auch. Auch Josef I. hat komponiert. Maria Theresia besaß ausgesprochenes musikalisches Talent, sie sang auch ganz hübsch, ihr eigentlicher Musiklehrer war der Hamburger Hasse. Immer gab sie der italienischen Musik den Vorzug, lernte aber auch später deutsche Musik schätzen wie Gluck usw. Mozart spielte als Wunderkind vor ihr; Maria Theresia hat ihn nach einem Konzert geküßt. Haydn hat die Kaiserin mal abgekanzelt, als er als kleiner Junge in den Gerüsten der Hofburg lebensgefährlich herumkletterte. Ihr Bräutigam, Herzog Franz Stephan von Lothringen, war gerade von einer größeren Reise zurückgekehrt, als sein Vater starb, so daß er die Regierung übernehmen mußte. 1731 lernte er Friedrich von Preußen als Kronprinz bei dessen Verlobung kennen. Auf Friedrich machte er den Eindruck eines liebenswürdigen, aber unbedeutenden Menschen. Nach *Guglia* war er nicht so gar unbedeutend: dieser schildert ihn vielmehr als lebhaft in jungen Jahren und nicht ohne politischen und militärischen Ehrgeiz und fügt hinzu, daß er, was Herzensgüte und Heiterkeit anlange, Maria Theresia gleichgekommen sei. Am 12. Februar 1736 wurde in der bei der Hofburg gelegenen Augustinerkirche die Vermählung mit dem gewöhnlichen Pomp gefeiert. Ihr erstes Kind wurde im Sommer 1737 geboren; die ersten drei Kinder waren Mädchen. Die zuerst geborene Maria Elisabeth starb schon 1740. Franz, der Mann der Maria Theresia, verlor durch französische Intrigen sein Erbland Lothringen, erhielt aber nach dem Tod des letzten Medici 1737 dafür das Herzogtum Toskana. In demselben Jahre zog Franz als Freiwilliger in den Türkenkrieg. August 1737 berief ihn sein Schwiegervater, der Kaiser, zurück, zog ihn in die Geheime Konferenz, ja bestellte ihn zu seinem Stellvertreter. 1738 zum Generalissimus des Heeres ernannt, bat er bald um seine Rückberufung, da er kein Talent zum General in sich fühlte. Die Wiener, erst entzückt von ihrem lebhaften und leicht beschwingten Kronprinzen, waren nun enttäuscht und schoben ihm militärische Mißerfolge zu.

1740 starb Kaiser Karl VI. Der Verlust des Vaters war für Maria Theresia um so schmerzlicher, als sie damals nur wenig Kenntnisse besaß und der Vater sie in keinerlei Regierungs-

geschäfte eingeweiht hatte. Die Abmachungen zwischen dem Kaiser und König Friedrich von Preußen über die Erbfolge in Berg 1726 und 28 waren Gegenleistungen gegen die Anerkennung der Pragmatischen Sanktion. Die neue Herrscherin, Maria Theresia, wurde nicht mit Jubel begrüßt, man wünschte die Wahl eines Deutschen Fürsten, kein Frauenregiment.

Kaiserwahlen 1742 und 45.

Von 1437—1740, also mehr als 300 Jahre, war die deutsche Kaiserkrone ununterbrochen beim Hause Habsburg gewesen. 1742 wurde der Bayer Karl VII. Kaiser. Am 4. Oktober 1745 wurde Franz in Frankfurt zum römischen Kaiser gekrönt. Als der Kaiser in seinem märchenhaften Krönungsornat mit den uralten Handschuhen vor Maria Theresia erschien, lachte sie, worauf die Bevölkerung, die dies als gutes Einvernehmen taxierte, in Freudenrufe ausbrach. Als sie ihm aber noch mit dem Taschentuch zuwinkte, wußte sich das Volk vor Vergnügen nicht mehr zu fassen. Maria Theresia ließ sich nicht krönen.

Als Kaiser und Kaiserin.

Der Prager Judenschaft wurde von der Kaiserin ein freiwilliges Geschenk von 150000 Gulden auferlegt. Maria Theresia war ihr feindlich gesinnt, weil sie während der bayerischen, dann preußischen Besetzung mit dem Feind konspiriert hatte. Sie erweiterte das Ausweisungsgebot gegen die Juden auf diese in ganz Böhmen, so daß keiner von denselben in einem Erbland „von uns“ sich niederlassen dürfe. Sie arbeitete nicht nur mehr als ihr bequemer Vater, sondern auch als irgendeiner ihrer regierenden Vorfahren. Schon als junge Frau war sie eine vortreffliche Mutter. Bei jeder Erkrankung eines Kindes wollte sie auch nachts geweckt sein, sie könnten ihr melden, was es auch immer sei. Für die Erziehung der Kinder hat sie ausgezeichnete Richtlinien erlassen. Ihren Hofmeister Khevenhüller schätzte sie als ehrlichen Mann und treuen Diener, der Italiener Tarouca war ihr ein Gewissensrat, lebendiger Fürstenspiegel und gab ihr bei Schwankungen sicheren Halt. Kinsky trug sie nach, daß er ihrer Ansicht nach die Hauptschuld an dem Verlust Schlesiens trage. Maria Theresia stiftete gern Ehen, auf diese Weise machte manche ihrer Hofdamen eine ausgezeichnete Partie[1]). Sie, die sonst sehr gut war, konnte sehr böse werden,

[1]) Hatte sie schon die Ewigkeit des deutschen Erbstroms erfaßt? Germanisierungsversuche hat sie zum Beispiel in Ungarn gemacht; also sieht das nicht alles weitschauend aus, klingt das nicht schon nach Blut und Boden?



heftige Szenen ereigneten sich mit ihrem Mann, der alten Kaiserin, mit den Dienstboten, auch fremden Kindern, wenn sie unartig waren. Sie war sehr eifersüchtig, ob mit Recht, bleibe dahingestellt; sie liebte aber ihren Mann sehr, der ein mittelintelligenter, sich wenig um die Regierung kümmernder Mann war, sehr geneigt, bei kleinen Ehezwisten den Versöhnlichen zu spielen, dabei ein zärtlicher Gatte und Vater. Zeitweise wurde er zu einer wichtigen politischen Besprechung hinzugezogen. Die Kaiserin ritt sehr gern, schon als junge Prinzessin. Sie besuchte in ihrer Jugend sehr gern und sehr ausgedehnt Maskenbälle; um es trivial auszudrücken: sie war nicht umzubringen, so eine Lebenskraft steckte in ihr. Verspottet wurde sie, weil sie alle frivole Galanterie verbannte, auch aus Wien. Sie ließ Bauwerke ausführen und mit Gemälden ausschmücken, ließ sich von dem Franzosen Liétard malen und veranstaltete Kindertheater und Ballette. Gottsched und Frau hat sie huldvollst eine ¾stündige Audienz gewährt. Die damals gedichteten Poesien lauteten meist zum Preise der Kaiserin, auch von Gottsched nach seinem Besuch. Sie kümmerte sich um alle Regentenpflichten, um das Finanzproblem, um Reformen, die Bauernfrage, um das Kirchen-, Schulwesen, Behördenorganisation, Handel und Gewerbe, Städtewesen. Die Kaiserin befahl: jeder Exzeß beim Offizier sollte mit Kassation, beim Soldaten mit empfindlicher körperlicher Züchtigung geahndet werden. Andererseits wollte sie unnötige Härten in der Behandlung der Soldaten abstellen.

Die Geschichte und Kriegsgeschichte habe ich, weil sehr bekannt, im allgemeinen weggelassen oder nur kurz gestreift. Ich möchte nur erwähnen, daß ihr Minister Graf Kaunitz über das Verhältnis zu Preußen, das ich noch mehrfach andeuten werde, geäußert hat: Preußen muß über den Haufen geworfen werden, wenn das Erzhaus aufrecht stehen soll.

1765, als Maria Theresia 48 Jahre alt war, starb Kaiser Franz, ziemlich plötzlich — wie viele Genießer — an einem Schlaganfall, vielleicht für Arteriosklerose belastet. Die Kaiserin mußte zuletzt halb mit Gewalt von dem Leichnam entfernt werden. Vor Schreck war sie zunächst wie erstarrt, brachte es nicht gleich zu Tränen. In ihrer übertriebenen Art nannte sie ihn „großer Fürst, unvergleichlicher Vater", in letzterem Falle hat sie wohl recht gehabt. Jetzt wurde sie hart und scheinbar gefühllos gegen ihre Kinder. Sie starb am 29. November 1780, 63 Jahre alt, an Steinlunge, wahrscheinlich Tuberkulose, da sie sich zuviel zu Hause aufgehalten hat.

Familienbriefe.

An ihren Früchten sollt ihr sie erkennen, deshalb ziehe ich hier ihre Briefe mit heran, die ein gutes Bild ihrer geistigen und seelischen Veranlagung gewähren.

An ihre Lieblingstochter Karoline, Königin von Neapel, schrieb sie, sie solle den König so wenig wie möglich allein lassen. Sie solle ihren Mann keine Überlegenheit fühlen lassen, sie brauchten keine Günstlinge, sie solle stets die Wahrheit ergründen und gegen Schurken und falsche Angeber unerbittlich vorgehen.

An ihren Sohn Josef: „Welch häßliches Gewerbe ist doch der Krieg, gegen die Menschlichkeit und gegen das Glück!“

Ferner: „Es ist fürwahr ein großes Unglück, mit dem besten Willen verstehen wir uns nicht.“ „Während meiner unglücklichen Regierung“. „Beginne Deine Regierung damit, die Ruhe, den Frieden, das Glück denen zurückzugeben, die es so sehr verdienen. Du selbst wirst dich an dem Glück der anderen erfreuen, sogar auf Kosten Deiner persönlichen Größe.“ „Erwirb Dir dadurch größeren Ruhm als durch alle Ansprüche auf den Namen eines Eroberers.“ Nannte ihren Sohn Josef Kokette des Geistes. Sie stritten sich wegen der Religion und wegen gelockerter Sitten. Er bat sie, ihn von der Würde des Mitregenten zu befreien.

Sehr verliebt und reizend schreibt sie an ihren Mann — schon als Braut.

Erzherzog Ferdinand schreibt sie, er solle sich nicht mit Theaterintrigen abgeben, nennt dies Nichtigkeiten, Bagatellen und Dummheiten, warnt vor Hundeliebhaberei, nennt dies kindliche Zerstreuung und meint, daß Hunde nicht hin paßten, wo kleine Kinder seien wegen der Sauberkeit. Seiner Frau Marie Beatrix widerrät sie Kontertänze wegen der Gefahr der Fehlgeburten, nennt sie zart und vollblütig zugleich (welch feine Beobachtungsgabe!), sagt, sie habe mehr Geist und Seele als Körper.

Aus der Instruktion für Erzherzog Maximilian: Sie behauptet, daß die aufgeklärten Geister kriecherisch und im Unglück mutlos seien. Frauen seien gefährlicher als die größten Wüstlinge unter den Männern.

An Marie Antoinette 1770: Sie besitze soviel Grazie, Sanftmut, Geschmeidigkeit, daß jedermann sie lieben müsse. Die Windischgrätz (Gräfin) hätte nicht ungezwungen mit ihr sprechen können, sie hätte ihr eingestanden, daß Sie sich sehr vernachlässigen und sogar ihre Zähne nicht sauber halten. Sie hat auch gesagt, Daß Sie sich schlecht anziehe. — Warnt sie vor dem Reiten, da Unglücksfälle eintreten könnten, daß man keine Kinder mehr be-

kommt. 1771, daß sie die Zeit mit Promenaden und Visiten totschlage, ihre Handschrift würde alle Tage schlechter und weniger korrekt. Will von ihrer Lektüre hören — „Wenn Sie sich gehen lassen, sehe ich großes Unglück für Sie voraus". 1772 freut sie sich über ihre Spende. 1775 schmäht sie über ihren hohen Kopfputz. In demselben Jahr: Daß Sie getrennt von Könige schlafen! 1776 spricht sie von Verschwendung, daß sie sich Armbänder für 250000 Pfund gekauft und einige ihrer Diamanten für einen sehr niedrigen Preis hergegeben habe. — „Es wird von selbst anders werden, aber vielleicht zu spät für ihr Glück und ihre Ehre, das ist meine beständige Besorgnis und wird sie bleiben, solange ich lebe". Zehn Jahre vor der Revolution warnt sie so sicher! Im gleichen Jahr schimpft sie auf Ritte und Nachtwachen. 1777 zankt sie, daß die Königin bis in die Nacht hinein spielt. „Ich zittere für Ihre Zukunft." 1778 ist sie entzückt, daß Marie Antoinette nicht mehr in Paris die Nächte totschlägt und sogar das Billardspiel gelassen hat. 1780 macht sie ihr Vorwürfe wegen der Polignacs, die sie wohl durchschaut. — Einmal teilt sie Marie Antoinette nach der Geburt ihrer Tochter mit, es sei Mord nicht mehr Kinder von diesem Schlag zur Welt zu bringen.

Urteile über Maria Theresia

Friedrich der Große äußerte sich über sie: Sie sei sehr hochmütig, habe in Frankfurt die Fürsten als Untertanen und einen hessischen Fürsten schlecht behandelt. Sie — das wurde Friedrich gemeldet — gebe nichts auf ihre Schönheit, ziehe sich sehr einfach an. Aufstehen, Frühstück, Messe gingen sehr rasch vonstatten, sie stand nach acht Uhr auf, zeigte niemals die leichteste Koketterie, aber heftige Anfälle von Eifersucht, trennt sich höchst ungern von ihrem Mann. Der Kaiser wurde — nebenbei bemerkt — vom Historiker Dove Kammerdiener auf dem Thron genannt; ich möchte ihn mit Prinzgemahl bezeichnen.

Der poetische Chronist Österreichs und des kaiserlichen Hauses dichtete:

> Von meinem ersten Knabenalter an
> War Sie die Größte, Beste, Weiseste,
> Geliebteste, Bewundertste, Sie!

Der Historiker *Guglia:* Mit außerordentlichen Kräften des Geistes und Gemütes war sie von der Natur ausgestattet. Aber eben in seinem typischen Verlauf liegt die Größe dieses Lebens, es hat Stil wie selten eines. Dies prachtvolle Geschöpf. — Man ist sich darüber

einig, daß die Erhaltung des Habsburgerreiches nach dem Tode Karl VI. ihr Werk ist. — Sie hat die Vereinheitlichung ihrer Länder gefördert. In der weisen Abwägung der praktischen Bedürfnisse einerseits des Staates, andererseits der Länder ist gerade die Theresianische Regierung vorbildlich für alle Zukunft gewesen.

In Maria Theresia, Familienbriefe: Sie wäre des alten Fritz wohl würdig gewesen. *Adam Wolf*, der ihre Bildnisse studiert hat, rühmt sie größer als alle Frauen, ihr vollkommenes Ebenmaß, herrlichen Teint bei reichlichem blonden Haar. Ihre Augen seien hellgrau und feurig gewesen, die Nase sanft gebogen, der Mund fein geschnitten. Sie habe kleine weiße Hände und ebenso schöne Füße gehabt. Ihr Gang sei leicht und frisch gewesen. „Sie war eine der schönsten Frauen von Europa, wie einst ihre Mutter, die Kaiserin Elisabeth.“ Später sei sie in die Breite gegangen, aber „diese kräftige Fülle gehörte zum Bilde einer Frau, die 16 Kinder mit Freuden gebar“.

Ein ausländischer Minister urteilte über sie: Sie ist eine Dame ohne Leidenschaften, eine Königin ohne Ungerechtigkeiten und sie verknüpft die Annehmlichkeiten ihres Geschlechts mit der wahren Hoheit der Seelen auf das genaueste. „Dieser Gelassenheit des Geistes dankt Österreich seinen Bestand. Maria Theresia war die bedächtige, sorgende Hausmutter Österreichs.“

Stacke: Die Kaisertochter war bestimmt für die jahrhundertlangen Versündigungen ihres Hauses zu büßen.

Ein moderner österreichischer Geschichtsschreiber: „Jene liebreizende Natürlichkeit und Anmut, welche das frühentwickelte Hoheitsbewußtsein, den Ehrgeiz, die weibliche Hast und frauenhafte List der späteren Herrscherin auf dem schwierigsten Throne adelt und mildert, und die umso unwiderstehlicher wirkt, je ungekünstelter sie in Wort und Gebärde erscheint.“

Ein preußischer Geschichtsschreiber ersten Ranges: Sie wußte, was sie wollte, und sie wollte es mit Leidenschaft, um jeden Preis, rücksichtslos. Sie rang mit wachsender Glut des Hasses, voll Stolz, zu allem Äußersten bereit, unversöhnlich.

Graf *Bentinck* nennt sie „große Monarchin“. Sie habe ihren großen Gegner gehaßt, wie vielleicht nur ein Weib hassen kann. Nebenbei gesagt war Kaiser Franz, ihr Mann, auch kein Freund des Preußenkönigs. Der Nuntius habe zu Recht behauptet, Maria Theresia sei Meisterin in der Verstellungskunst gewesen. Ihre Maxime sei gewesen, den König schwächen und das Verlorene wieder beibringen.

Nach *Kopp* umschloß die Habsburgische Hausmacht mit Schlesien damals das größte reichsfürstliche Gebiet und hatte in den südlichen Niederlanden, in Oberitalien und Ungarn starke Vorwerke. Durch ihren Mann und ihre Söhne wollte sie auch weiterhin die Kaiserkrone und die Vorherrschaft im Reiche erhalten. Dabei wandte sie sich rücksichtslos gegen die Kaisergewalt, als die Kaiserkrone durch den Willen der Kurfürsten an die verhaßten Wittelsbacher (Karl VII.) übergegangen war. Durch die Wirren der ihr zutiefst wesensfremden Machtpolitik hat sie mit starrem Willen ihre Ansprüche getragen und außer Schlesien auch sämtlich durchgesetzt. — Maria Theresia war zuerst verbündet mit England-Hannover, dann mit Kursachsen (erster und zweiter schlesischer Krieg), schließlich mit Frankreich, auch Rußland und Schweden. — Maria Theresia ließ das prunkvolle Sommerschloß zu Schönbrunn 1750 vollenden im Gedanken an das mittelalterliche christliche Weltkaisertum.

Schlußfolgerungen

Überdenken wir das Vorhergehende noch einmal, so können wir feststellen, daß die Erbmasse der Kaiserin Maria Theresia zum Teil eine hervorragende war, dabei müssen wir aber auch vorzüglich an ihre bedeutende Mutter denken — siehe Tiberius, Goethe, Bismarck — die Welfin war. Und die Habsburger waren im ganzen bis dahin mindestens ein recht guter Durchschnitt gewesen. Entartete gibt es schließlich vereinzelt in jeder Familie und mit der Degeneration der Habsburger fing es ja erst später an schlimmer zu werden (Kronprinz Rudolf usw.), insofern man die Nachkommen Maria Theresias, die ja eigentlich Lothringer waren, aber doch noch zur Hälfte Habsburger, noch zu Habsburgern rechnen kann. Und sie rechnen sich gewiß selbst heute noch dazu. Und nun hinwiederum, wie weise die Vorsehung handelte, wenn durch die Tat Hitlers die Ostmark wieder zum Reich kam, was nur zustande kommen konnte, wenn besagte Dynastie dem Thron entsagte. Bei der nicht zu leugnenden Degeneration dieses Herrscherhauses war es gewiß so für alle Teile das Beste, daß die Nachkommen Rudolf I. in der Ostmark nichts mehr zu sagen hatten, und daß Österreich wieder unter den Fittichen der Deutschen Germania verschwand.

Maria Theresia, diese berückend schöne Herrscherin, um zunächst einmal ihren äußeren Reiz zu betonen, war wohl mit am anziehendsten als junge Prinzessin, wie sie Guglia in seinem bekannten Werk abgebildet hat. Hierzu kommen die bestrickenden geistreichen Züge. Welch edle Stirn, welch leuchtendes Auge,

welcher Liebreiz! Und so kommen wir nun zu der Frage, ob man Maria Theresia ein Genie nennen kann. Geist- und kenntnisreich war sie, wenn der letztere Reichtum, wie bei Beethoven, auch erst allmählich durch Selbststudium, Welt- und Lebenserfahrung zustande kam. Wahrhaftig war sie sehr, auch furchtlos und tapfer. Wie hat sie ihrem großen Gegner, Friedrich den Großen, Widerstand geleistet, wobei sie sehr wohl — und das wußte sie gewiß auch — ein Vabanquespiel spielte. Also hatte sie alle die Eigenschaften, die ein Genie ausmachen. Ja man wundert sich, daß sie nicht als Maria Theresia die Große in der Geschichte fortlebt. Aber offenbar hat ihrem Ruf geschadet, daß sie Schlesien verloren hat; Friedrich hatte eben mehr Glück als sie. Wäre damals Kaiserin Elisabeth von Rußland nicht ziemlich unerwartet gestorben, würde wohl Maria Theresia als Siegerin aus dem 7jährigen Weltkrieg hervorgegangen sein. Man könnte ihr den Vorwurf machen, sie hätte sich den 7jährigen Krieg ersparen können und damit viel vergossenes bestes Blut und Geld. Und sie hat über sich mehrfach in ihrer großen Bescheidenheit geurteilt: „meine unglückliche Regierung“, obgleich das Gegenteil der Fall war. Man sagt ja auch, Kampf sei gut, Ruhe bedeute Stillstand. Sie mußte so vorgehen, um das Ansehen der Habsburger Dynastie und des Habsburger Gesamtreiches zu wahren; beinahe wäre ihr ja der Sieg gelungen. Vielleicht hat sie aus Haß die Genialität ihres Gegners nicht voll genug in Rechnung gestellt.

Sie war eine vorbildliche deutsche Frau und Fürstin, auch Mutter, wenn auch die Erziehung ihrer Kinder dadurch litt, daß sie infolge ihres Herrscherberufes sich um diese nicht intensiv genug bekümmern konnte und das erziehende Personal teilweise ihren hohen Pflichten nicht ganz nachkam. Maria Theresia hat, scheint es, trotz zeitweiser Friedensliebe, immer wieder ihren großen Gegner mit Krieg überziehen wollen; sie traute ihm nicht, ebenso wie später Josef II. ihm nicht traute.

Groß ist der Gedanke, man hätte Maria Theresia mit dem damaligen Kronprinzen von Preußen, dem nachmaligen Friedrich dem Großen, vermählen sollen. Diese weitreichenden Gedanken hat man allerdings gehabt. Nun ist das Merkwürdige, wie um verschiedene große politische Probleme, daß man nicht genau weiß, ob der große Prinz Eugen, der edle Ritter und Feldherr, das große Problem geraten oder widerraten hat. Ich möchte eher letzteres annehmen. Er hatte Friedrich bei einem Feldzug als Schlachtenbummler und sein Genie kennengelernt. Deshalb, so scheint mir, hat er diese Ehe gerade verhindert, weil er ein großdeutsches Reich mit der

Führung Preußens ungern sah. War doch Prinz Eugen französischen Blutes und deshalb nicht der weitsichtige Deutsche, nur der Mußdeutsche, er sah mehr bloß in Dynastien. Wäre Friedrich Maria Theresia's Gatte geworden, hätten wir etwa 200 Jahre eher das großdeutsche Reich erleben können. Aber ob die Ehe bei dem Sonderling Friedrich so ausgefallen wäre?

Von schlechten Eigenschaften Maria Theresia's schlechthin kann gar keine Rede sein, obgleich jeder Mensch Fehler hat; sie war eine prachtvolle Lichtgestalt, die nun auch zu unserer großen Geschichte gehört und auf die wir ebenso stolz sind, wie auf unseren großen Preußenkönig, sie muß ja als gleichwertige Partnerin in dem gewaltigen Kampf der beiden nur gewinnen. Man könnte höchstens auf ihre Überbewertung religiöser Probleme hinweisen, auf ihren Standpunkt, daß Freigeister in ernsten Zeiten versagen usw. Als ob ein Psychopath durch Gebete allein jemals fortgeschritten wäre.

Wer sich selbst hilft, dem hilft auch Gott.

Nun kommt noch hinzu, daß wir noch an einem Punkt verweilen müssen, wo die große Kaiserin so ganz modern erscheint: die vielen Kinder.

Die berühmtesten ihrer Kinder sind Josef und Marie Antoinette, der berühmte Kaiser, der Deutscheste der Österreichischen Kaiser, und die hochbegabte, klügste, schönste Tochter, die so schrecklich geendigte Königin von Frankreich. Bedeutend war auch die Königin Caroline von Neapel, die sich durch hohe Intelligenz und Schönheit auszeichnete, die Verbindung über Nelson mit England schlug und so an dem Untergang Napoleon's mitarbeitete, ihre von Frankreich so furchtbar behandelte Schwester Marie Antoinette an Frankreich rächend. Ein Sohn Maria Theresias war Kurfürst von Köln und förderte als musikbegeisterter Kirchenfürst das aufsteigende Genie Beethovens. Daß eines von den Kindern Maria Theresias mißraten sei, ist mir unbekannt, einige sind jung gestorben. Nun bedenke man aber überhaupt 16 Geburten! und während der Wochenbette hat sie Staatsgeschäfte erledigt. Also haben wir in ihr eine einmalige Erscheinung in der deutschen Frauen- und Regentenwelt zu verzeichnen, wenn ich auch zugebe, daß andere deutsche Fürstinnen damaliger Zeit zum Teil ebenso reich mit Kindern gesegnet waren. Als Kaiserin 16 Kinder und dazu die zwei schlesischen und der 7jährige Krieg. Welch phänomenale Leistungen!

Zu der hochinteressanten aktuellen Frage, wie die Geschichtsschreibung sich zu der gesamtdeutschen Frage in bezug auf unsere Heldin Maria Theresia und Friedrich den Großen stellt, möchte

ich schließlich noch Folgendes anführen: Nach *von Srbik* zeige Maria Theresia, die Tochter des letzten Habsburgers, das frische und starke Lebensreis am uralten, entblätterten habsburgischen Stamme, Schönheit und starken Willen, der sie heldenhaft um ihr Recht und Erbe kämpfen ließ. Er nennt sie deutsche und österreichische große Fürstin, große Kaiserin. Der Neuaufbau Österreichs sei ihr gewaltiges Werk, das in der neueren Geschichte seinesgleichen nicht habe. „Das Ziel der großen Kaiserin, den preußischen König zum Markgrafen von Brandenburg herabzudrücken, war nicht erreicht worden; Österreich mußte sich mit dem wiedererlangten Vorrang, der größeren Raumausdehnung und Menschenzahl und dem ehrwürdigen Schimmer alter Geschichte begnügen und mußte sich mit der Existenz des raumbedürftigen, machtverlangenden, jungen deutschen Großmachtrivalen im Reiche abfinden.“

Von Srbik betont, wie stark das deutsche Blut in Maria Theresia wieder zur Geltung gekommen sei. „Ohne Zweifel trat der dynastische Machtwille mit dem Reichsgedanken, das habsburgische Staatsinteresse mit dem Reichsinteresse oft in harten Gegensatz.“ Die „herzenswarme Natur“ Maria Theresias stellt er dem „kalten Heroismus“ Friedrichs entgegen. Letzterer sei „der große Zerstörer des Reichs und seiner habsburgischen Spitze“ geworden. Bei Friedrich dem Großen stellt er den Zwiespalt zwischen Humanitätsideal und Machttrieb fest, welch inneres Ringen sich durch sein ganzes Leben hindurchziehe. Österreich habe sich ein großes Verdienst um das deutsche Volk und seine Kultur durch Aufhalten des türkischen Ansturms, durch die ehrwürdige gesamtdeutsche Lebensform und durch die Verkörperung des alten Ganzheitgedankens erworben.

Schrifttumverzeichnis

Maria Theresia, Familienbriefe. — *L. Stacke*, Deutsche Geschichte. — *Baer*, Aufzeichnungen des Grafen William Bentinck über Maria Theresia. — *Guglia*, Maria Theresia. — *Kopp*, Der Aufstieg Preußens gegen die Habsburgische Hausmacht, aus: Der Schulungsbrief 1937. — *Von Srbik*, Deutsche Einheit, Idee und Wirklichkeit vom Heiligen Reich bis Königgrätz, München 1935. — *Ders.*, Zur gesamtdeutschen Geschichtsauffassung, ein Versuch und sein Schicksal. Histor. Zeitschr. Bd. 156, H. 2, 1937.

Zeitschriftenübersicht

Archivio Italiano per le Malattie Nervose e Mentali, Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina legale delle Alienazioni Mentali, Organ der Italienischen Gesellschaft für Psychiatrie, herausgegeben von Professor *A. Bertolani*, Reggio-Emilia, in Verbindung mit *G. Guicciardi*, *A. Donaggio*, *C. Ceni*, *U. Cerletti*, *C. Besta*, *A. Coppola*, *L. de Lisi*, *G. C. Riquier*.
Band LXII, Heft 1. (März 1938).

Giuseppe Pintus. (Aus der Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten der Universität Genua): Vasomotilität, Schweiß-, Urin- und Talgsekretion bei Brücken-Bulbuserkrankungen. Es wird über einen Fall von Pontobulbärgeschwulst berichtet mit besonderer Berücksichtigung der noch wenig geklärten Störungen der Talgsekretion, begleitet von Dermographismus, sowie Störungen der Schweißsekretion und der Blasenfunktion. An Hand des Falles gibt Verf. einen klinischen Überblick über die bei pontobulbären Erkrankungen häufig auftretenden vegatativen Störungen, wobei er besonders auf die Zentren und Bahnen des Rautenhirns hinweist, die sich an der zentralen Regelung der Schweiß- und Talgsekretion sowie der peripheren Innervation der Vasomotoren- und der Blasenfunktion beteiligen.

Guido Melli. (Aus der Medizinischen Klinik der Universität Parma): Über ein nervöses Syndrom mit überwiegender Brückenlokalisation, das sich in aufeinanderfolgenden apoplektiformen Anfällen äußert. Die exakt herausgearbeitete Lokalisationsdiagnose kommt zu der Annahme einer atypischen multiplen Sklerose, d. h. mit bulbo-pontiner Lokalisation.

Vittoria del Vecchio. (Aus der Klinik für Nerven- und Geisteskranke der Universität Rom): Neurobrucellosis melitense mit positiver Wrightscher Reaktion und mit positivem Virus im Liquor. Der Beschreibung eines Falles folgt die Besprechung der diagnostischen, ätiologischen und pathogenetischen Probleme der Krankheit. Das wiederholte Auftreten des Neurosyndroms sieht Verf. als eine Folge der ausschließlichen Lokalisation des Virus im Z.N.S. an. Er erklärt den positiven Ausfall der Wrightschen Reaktion im Liquor (bei negativem Serum und negativer Blutkultur) mit einer autochthonen Produktion von Antikörpern, ausgelöst durch den Kontakt der Antigene mit dem Z.N.S.

Ruggero Pasqualini. (Aus der Provinzialirrenanstalt von Ancona): Alte und neue Gesichtspunkte in der pathologischen Anatomie der senilen Demenz. Wenn bisher beim Vergleich von normalphysiologischen Greisengehirnen und von solchen mit seniler Demenz keine grundlegenden Unterschiede zwischen den senilen Veränderungen an Nervenzellen und Fasern, an Neuro-, Mikro- und Oligodendroglia sowie an den Gefäßen gefunden wurden, so ist dies nach Annahme des Verf. einer gewissen Vernachlässigung der Cyto-

Architektonik des Gehirns zuzuschreiben. Er selbst hat Veränderungen dieser Art in zwei Fällen seniler Demenz festgestellt. und zwar vor allem in den oberflächlichen Schichten der Stirnlappen, wo an manchen Stellen ein deutlicher Ganglienschwund sowie eine Verlagerung der Schichten stattfindet. Da solche Veränderungen in normalen Greisengehirnen nicht vorkommen, sieht er in ihnen die Ursache der senilen Demenz, und zwar im Zusammenwirken mit hereditären, konstitutionellen oder toxisch-infektiösen Faktoren.

Mario Bergonzi. (Aus der Universitätsklinik für Nerven- und Geisteskrankheiten in Parma): Spontane hypoglykämische Anfälle und epileptische Anfälle.

Nach einer allgemeinen Erörterung über den Entstehungsmechanismus der spontanen chronischen Hypoglykämie, ihrer klinischen Symptome sowie der zeitweise vorkommenden Krampfanfälle beschreibt Verf. einen ungewöhnlichen Fall. Die Symptomatologie bestand hier, und zwar mit Tendenz zur Verschlimmerung, hauptsächlich in dem beinahe täglichen Auftreten psychischer und motorischer Anfälle (Dämmerzustände und Krämpfe), die durch Verabreichung von Kohlehydraten abgekürzt oder verhütet werden konnten. Laboratoriumsversuche ergaben bei dem Kranken die Unfähigkeit, den im Blut zirkulierenden Überschuß an Glukose zu verwerten sowie die Unfähigkeit, Glukose aus den natürlichen Glykogenreserven entsprechend den verschiedenen Anforderungen des Organismus zu mobilisieren.

Lugi Telatin. (Aus der Provinzialirrenanstalt von Ferrara): Symptom einer biologischen Insulinübersättigung während der Insulinbehandlung.

Im Verlauf der Insulintherapie zeigt sich bekanntlich nicht selten eine ernste Komplikation: der Komazustand läßt sich weder durch perorale noch durch intravenöse Zuckerzufuhr unterbrechen, die Somnolenz besteht weiter; es kommt zu dystonischen und hypertonischen Erscheinungen, zur Hyperthermie und schließlich zum Herzkollaps. Verf. erklärt diese Symptome, da sie meist in der Phase der hohen Insulindosen auftreten, als eine Folge von Insulinübersättigung; hiefür würde auch die Tatsache sprechen, daß die weitere Behandlung mit viel kleineren Dosen fortgesetzt werden kann. Manchmal wurde im Anschluß an diese Komplikation eine Zustandsbesserung beobachtet.

Giovanni Verrienti. (Aus der Irrenanstalt Salentino in Lecce): Klinischer Beitrag zur Kenntnis der partiellen Dauerepilepsie von Kojewnikow.

Verf. beschreibt einen klinischen Fall von partieller Kojewnikowscher Dauerepilepsie mit unregelmäßig auftretenden klassischen großen Anfällen und Bewußtseinsverlust, mit myoklonischen Zuckungen sowie aphasischen und psychischen Störungen. Die positive W. R. läßt an einen cerebralen luischen Prozeß denken.

Aldo Cucchi. (Aus dem Psychiatrischen Institut von S. Lazzaro in Reggio-Emilia): Die Rückenhautreflexe des Menschen. (Klinische Untersuchungen).

Bei einer Anzahl von Nerven- und Geisteskranken wurden die Rückenhautreflexe untersucht, wobei sich die Mehrheit der positiven Ausfälle bei den jugendlichen Schwachsinnigen fand. Die Bedeutung dieser Reflexe bei organischen Störungen des Z.N.S. ist eine geringe; dagegen sollen sie bei Geisteskranken ein gewisses Interesse als atavistisches Merkmal einer neuropsychischen Regression haben.

Enrico Rossi. Psychopathologischer Determinismus bei einem Degenerierten mit Dysfunktion der Thyreoidea.

Bei einem anthropologisch Degenerierten mit geistiger Unterentwicklung und mit Dysfunktion der Schilddrüse erfolgte eine wesentliche Zustandsverschlimmerung im Anschluß an ein Trauma mit verschiedenen Knochenverletzungen am Schädel, Gehirnerschütterung und inneren Blutungen. Verf. nimmt an, daß durch die mangelhafte Thyreoidalfunktion die übergeordneten psychischen Zentren, vor allem diejenigen mit Hemmungsfunktionen ungenügend gereizt und die motorischen Zentren dieses hemmenden Einflusses beraubt wurden. Im Zusammenhang mit dem erlittenen Trauma kam es zu einem Zustand psychisch-organischer Hypotension mit reizbarer Schwäche. Nach kleinen, sonst euphorisierenden Alkoholgaben traten bei dem schon gehirngeschädigten Kranken Zustände vorübergehender Bewußtseinstrübung mit Triebhandlungen auf.

Giacomo Pighini. (Aus dem wissenschaftlichen Laboratorium „Lazzaro Spallanzani" des Psychiatrischen Institutes von Reggio-Emilia): Die Einwirkung der Gehirnsubstanz und der Vorderhypophyse auf die Metamorphose der Kaulquappen.

Verf. der in seinen früheren Versuchen mit Hunden die Ergebnisse von *Schittenhelm* und *Eisler* bestätigen konnte, will in seinen letzten Versuchen mit Kaulquappen von Rana temporaria feststellen, ob das cerebrale Gewebe tatsächlich Schilddrüsenhormon enthält. Es wurde zu diesem Zweck an verschiedene Kaulquappenserien Hirnsubstanz von Hypothalamus und Tuber cinereum bzw. Hirnrindenemulsion verfüttert; bei andern Serien wurde eine Emulsion der vordern Hypophyse, bei den Kontrolltieren dagegen Milzpulpa verfüttert. Es ergab sich, daß die Hirnrinde nur schwach metamorphosierend wirkt; stärker war der Einfluß der Hirnsubstanz aus der Hypothalamusgegend, was mit dem höheren Jodgehalt derselben zusammenhängen dürfte. Die vordere Hypophyse dagegen bewirkte keine Metamorphose. Wegen der bekannten Beziehungen zwischen dem Jodgehalt des Gehirns und speziell des Mesencephalons einerseits und der thyreoidalen Hormonbeeinflussung des Tieres andrerseits darf man annehmen, daß die die Metamorphose fördernde Wirkung der Hirnsubstanz auf das in derselben enthaltene jodhaltige Schilddrüsenhormon zurückzuführen ist.

Aldo Cucchi. (Aus dem Psychiatrischen Institut von S. Lazzaro in Reggio-Emilia): Die bioelektrischen Erscheinungen der Hirnrinde.

Die bisher gefundenen Resultate sind in ihrer Gesamtheit noch zu wenig ergiebig, um daraus bindende Schlüsse zu ziehen.

Band LXII, Heft 2. (Juni 1938).

Mario Felici (aus der Klinik für Nerven- und Geisteskranke der Universität Rom). Cysticercus racemosus der Hirnbasis und Cysticerkenmeningitis. (Klinischer und histopathologischer Beitrag.) Mit 10 Photographien. Die mit guten histopathologischen Bildern ausgestattete Arbeit bringt zunächst eine Literaturübersicht über die Cysticercosis des Gehirns und geht dann dazu über, an Hand eigener Beobachtungen die klinischen und anatomisch-pathologischen Kennzeichen der einfachen Cysticerken-Leptomeningitis sowie der Meningitis durch Cysticercus racemosus aufzustellen und die Formen voneinander abzugrenzen. Sowohl die einfache Meningitis als

auch die Cysticerkenmeningitis im allgemeinen und die Cysticercosis der Basis im einzelnen ergeben verschiedene klinische und histopathologische Bilder. Charakteristisch für die Cysticercosis des Gehirns und besonders für ihre meningealen Formen ist die Eosinophilie.

Aldo Franchini (aus dem Institut für gerichtliche Medizin und Versicherungswesen der Universität Genua). Simulation von Beraubung und Erwürgungsversuch bei einem 16jährigen Knaben. Fälle von simulierter Strangulation sind bisher nur vereinzelt beschrieben; ihr Zweck ist vorwiegend die Flucht vor strafrechtlicher Verantwortlichkeit. In dem hier berichteten Fall handelt es sich um einen 16jährigen Knaben, der Geld verloren hatte und aus Furcht, seine Stelle zu verlieren, einen Raubüberfall vortäuschte, wobei er sich selbst den Hals leicht zuschnürte. Klinisch handelt es sich dabei um einen erblich belasteten epileptoiden, leicht schwachsinnigen Psychopathen, der früher an epileptiformen Anfällen und Pavor nocturnus litt und der nach *Binet-Simon* auf der Intelligenzstufe eines 10—11jährigen Kindes stand.

Mario Fato (aus dem psychiatrischen Hospital „Haus zur göttlichen Vorsehung" in Bisceglie, Provinz Bari). Behandlungsversuch bei Epilepsie mit Absud von Belladonnawurzel (System der bulgarischen Kur). Seit ca. 100 Jahren wird das Alkaloid Belladonna isoliert oder später in Kombination mit Valeriana, Brom oder Luminal gegen epileptische Krämpfe angewendet. Umstritten ist bisher die Wirksamkeit der bulgarischen Methode (Auszug aus der Wurzel bulgarischer Pflanzen), von der man eine überwiegend periphere Wirkung, d. h. eine Lähmung des neurovegetativen Systems, und zwar in elektiver Weise der Endigungen des parasympathischen Systems annimmt, wodurch sich auch die häufige Intoleranz gegen dieses Mittel erklärt. In seinen eigenen Behandlungsversuchen an 34 Fällen, bei denen er eine Brom- bzw. Gardenalkur gruppenweise durch die bulgarische Kur ersetzt, kommt Verf., auch an Hand pharmakologischer Erwägungen, zu dem Ergebnis, daß bei der Epilepsie keine elektive Wirkung vorliegt, und daß die Epileptiker sogar eine erhebliche Intoleranz gegen das Dekokt zeigen. Trotzdem empfieht er den Gebrauch desselben, und zwar wegen seiner indirekten antikonvulsiven Wirkung, besonders in Verbindung mit Brom und Gardenal, weil in dieser Kombination schon viel kleinere Dosen des Barbitursäurepräparats wirksam werden.

Paolo Ottonello (aus der Universitätsklinik für Nerven- und Geisteskrankheiten in Parma). Beitrag zur Kenntnis der Pathogenese der sogenannten cerebralen Muskelatrophie. (Ein primärer degenerativer Prozeß des peripheren Neurons von dyscrasischer Natur, auf Grund von Krankheitsüberlagerung). Die hier in 4 Fällen beschriebene frühzeitige Muskelatrophie der Hemiplegiker kann überwiegend als primärer degenerativer Prozeß des peripheren Neurons betrachtet werden, der als eine Überlagerung im Gebiet der zentralen Lähmung auftritt. Es handelt sich also nicht um die unausweichliche und ausschließliche Folge von trophischen Störungen oder von ausfallenden cerebralen Reizen; vielmehr ist diese Muskelatrophie als Symptom einer allgemeinen pathologischen Verfassung des Organismus aufzufassen. Eine solche „dyscrasische" Störung ist gerade bei der amyotrophischen Hemiplegie vorhanden und bedingt eine verringerte Widerstandsfähigkeit der dem Lähmungsgebiet zugehörigen cerebralen, spinalen und vegetativen Nervenelemente.

Giacamo Pighini (aus dem wissenschaftlichen Laboratorium „Lazzaro Spallanzani" des Psychiatrischen Instituts von Reggio Emilia). Die acetylcholinesterasische Tätigkeit des Zentralnervensystems. In verschiedenen Teilen des Z.N.S. beim Menschen, Hund und Affen ist das das Acetylcholin hydrolysierende Ferment Cholinesterasis enthalten, und zwar ist die Konzentration dieses Enzyms je nach den betreffenden Teilen verschieden stark. Sie ist größer in der grauen als in der weißen Substanz und innerhalb der grauen Substanz nimmt ihre Menge in folgendem Aufstieg zu: Hirnrinde, Hypothalamus, Rückenmark, Kleinhirn, Thalamus opticus, Globus pallidus, Nucleus caudatus, Putamen. In den beiden letztgenannten findet sich die größte Anhäufung des Enzyms, so daß das Putamen die zehnfache Menge im Vergleich zur Hirnrinde enthalten kann. Es ist anzunehmen, daß die Konzentration der Cholinesterasis in Beziehung zur Menge des vom Gewebe produzierten Acetylcholins steht, und daß auch funktionelle Beziehungen zwischen beiden vorliegen.

Aldo Cacchione (aus der Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten der Universität Rom). Kataleptoidismus und motorische Hypersuggestibilität. Das Vorkommen des Kataleptoidismus (worunter man das lange Beibehalten unbequemer, vom Arzt angegebener Stellungen versteht) bei Minderjährigen ohne muskuläre Hypertonie und ohne andere extrapyramidale Erscheinungen läßt an einen pathogenetischen Zusammenhang mit der motorischen Hypersuggestibilität denken. Hingegen ergaben die Untersuchungen des Verf. an 10 „instabilen" Kindern mit der von *Sante de Sanctis* verwendeten Methode zur Feststellung der motorischen Suggestibilität, daß die bei diesen Kindern vorhandenen kataleptoiden Phänomene nicht durch motorische Hypersuggestibilität bedingt sind. Vielmehr handelt es sich um primäre automatische Störungen, deren Mechanismus dem der tonischen Reflexe nahesteht. Unter den „instabilen" Kindern mit kataleptoiden Symptomen sind zu unterscheiden diejenigen mit vorwiegend kortikalen Störungen, bei denen die motorische Hypersuggestibilität hauptsächlich auf einem Mangel an Hemmungen beruht. Bei einer andern Gruppe ist der Kataleptoidismus vorwiegend striär zu erklären, d. h. durch motorische Übererregbarkeit mit Hypertonie.

Antonio Mazza (aus dem Psychiatrischen Institut von S. Lazzaro, Reggio-Emilia). Der Einfluß des Adrenalins auf den Blutdruck der Schizophrenen. Die Untersuchungen des Verf. an Schizophrenen ergaben eine verminderte Beeinflußbarkeit ihres Blutdrucks durch intravenöse Adrenalinzufuhr; es ist leicht erklärlich, daß das bei der Schizophrenie gestörte Gleichgewicht des vegetativen Nervensystems sich in einer geringeren Erregbarkeit ducrh Reize sowie einer Sympathicus-Labilität äußert, welche zu einer von den übrigen Geisteskrankheiten abweichenden Reaktionsart auf das vorwiegend sympathicotrope Adrenalin führt. Man findet bei der Schizophrenie ja auch andere in diese Richtung weisende Phänomene, z. B. Acrocyanose, orthostatisches Ödem, reaktive vasomotorische Störungen und Blutdruckschwankungen. Keinesfalls aber darf diese geringere Adrenalinempfindlichkeit bei Schizophrenen als ein ausreichender differentialdiagnostischer Faktor angesehen werden.

Giuseppe Zonta (aus dem Psychiatrischen Institut von S. Lazzaro in Reggio-Emilia). Die Dukesche Probe bei Geisteskranken. Der Dukeschen Probe (Messung der Blutungszeit bei Blutentnahme an Ohr oder Fingerkuppe) wurden 150 Kranke mit den verschiedensten Geisteskrankheiten unterworfen, wobei sich in der Mehrheit der Fälle eine normale Blutungszeit

ergab. Manchmal war die Blutungszeit auch verkürzt, aber nicht in irgendeinem Zusammenhang mit bestimmten Psychosen. Auch Zusammenhänge zu Depressions- oder Erregungszuständen ließen sich nicht feststellen.

Giuseppe Pintus (aus der Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten der Universität Genua). Methodenlehre der Erblichkeitsforschung in der Psychiatrie. (Bericht über das Referat bei der II. Genealogischen Tagung.) Übersicht über Wesen und Ziel der erbbiologischen, statistischen und erbstatistischen Untersuchungsmethoden, unter Anführung von *Weinbergs* Probanden- und Geschwistermethoden und der Zwillingsmethode sowie Forderung einer eigenen Forschungszentrale und Hinweis auf die aus dem heutigen Stand der klinischen Nosologie entspringenden Schwierigkeiten, die zu berücksichtigen sind.

Band LXII, Heft 3. (September 1938).

Gioachino Flescher (Universitätsklinik Rom für Nerven- und Geisteskrankheiten). Über Lähmungen durch Antitetanusserum und über echte posttetanische Lähmungen. (Ein Fall von Poliomyeloneuritis nach geheiltem Tetanus).

Lähmungen durch prophylaktische Injektion von Antitetanusserum werden im Verhältnis zur Häufigkeit der Maßnahme nur selten beobachtet. Seit den drei ersten durch *Lhermitte* 1918 beschriebenen Fällen wurde die Zahl von 80 bisher nicht überschritten. Die Komplikation verläuft gewöhnlich so, daß einige Tage nach der Injektion, anschließend an Fieber, Haut-, Drüsen- und Gelenkstörungen heftige Schmerzen im Armplexus, besonders an der Schulter auftreten, die später in eine Lähmung vom Typus Duchenne-Erb mit Muskelatrophie übergehen. Nach einigen Monaten bildet sich die Lähmung zurück. Die Entstehung wird teils durch Anaphylaxie bei heterologem Serum, teils durch einen allergischen Zustand erklärt; von andern wird eine „innere Urticaria“ angenommen. Auch in dem von Verf. beobachteten Fall wurde zuerst an eine Serumlähmung gedacht. Da aber keine allgemeinen Erscheinungen von Serumkrankheit vorausgingen, da ferner von der schweren atrophischen Lähmung die distalen Teile aller Extremitäten betroffen wurden und keine Schmerzen der Nervenstämme vorlagen, so kann es sich hier nur um eine echte Nachwirkung des Tetanusgifts handeln, lokalisiert in den Vorderhornzellen und ev. in den großen Nervenstämmen, also in Form einer Poliomyeloneuritis. Derartige direkte Folgezustände des Tetanus sind bisher sehr selten beschrieben.

Ciro Balli (Universitätsklinik Modena für Nerven- und Geisteskrankheiten). Neurom des Kleinhirn-Brückenwinkels bei zwei Brüdern. (Radiographische und ventrikulographische Einzelheiten).

Bei zwei Brüdern verschiedenen Alters (30 und 42 Jahre) fanden sich histologisch gleichartige Tumoren am Kleinhirnbrückenwinkel. Die radiographischen und encephalographischen Befunde, deren interessante Einzelheiten hier nicht beschrieben werden können, führten in beiden Fällen zur Operation, die bei dem jüngeren Bruder eine leichte Besserung erzielte, während der ältere Bruder nach 12 Tagen starb. Der Vater der beiden Kranken war lange vorher an Hirntumor (wahrscheinlich des Acusticus) gestorben. Man darf annehmen, daß es sich bei diesen Fällen, wie auch bei den übrigen aus der Literatur bekannten heredo-familiären Tumoren des Acusticus und des Kleinhirnbrückenwinkels um Varietäten des Morbus Recklinghausen handelt. Die Arbeit ist von vorzüglichen Abbildungen begleitet.

Vittorio Del Vecchio (Universitätsklinik Rom für Nerven- und Geisteskrankheiten). Zentrales Nervensystem und Immunität.

Die Arbeit befaßt sich mit der biologischen Bedeutung des Zentralnervensystems für die Immunität. Experimentell verwendet wurde zu diesem Zweck eine physiologische Formollösung des Antigens Brucella melitensis („Formobrucellina“), welche in kleinen Dosen intracerebral, in anderen Fällen subcutan injiziert wurde. Während bei der letztgenannten Methode Antikörper nicht gebildet wurden, regte die intracerebrale Einbringung auch kleinster Antigendosen zur Bildung beachtlicher Mengen spezifischer Antikörper an. Dagegen war durch die Wiederholung dieser Impfung keine weitere quantitative Vermehrung der Antikörper mehr zu erreichen. Wovon diese Überlegenheit der intracerebralen Impfung hinsichtlich der Bildung spezifischer Antikörper im einzelnen abhängt, ist noch nicht bekannt. Es scheint sich indes hier ein Ausblick zu eröffnen auf Möglichkeiten einer Impfung auf dem Nervenweg zwecks Herbeiführung einer raschen Gesamtimmunisierung und zum Schutz der Nervenzentren selbst gegen ein neurotropes Virus.

Cesare Poli (Psychiatrische Provinzialanstalt von Piacenza). Über einige Besonderheiten in der Struktur der Hypophyse.

Die normale Histologie der Hypophysenteile mit ihren verschiedenen Zellarten wird, unter besonderer Berücksichtigung der Pars intermedia und des nervösen Teils, an Hand von Bildern eingehend besprochen. Durch das Auffinden einiger Struktureigentümlichkeiten konnten funktionelle Beziehungen zwischen einzelnen Zellarten festgestellt werden.

Mario Bergonzi (Universitätsklinik Parma für Nerven- und Geisteskrankheiten). Ungewöhnliche Syndrome nach Blitzschlag. (Späthemiplegie; Paraplegie durch Polyneuritis; ausgesprochene Beteiligung der Meningen).

In der vom Verf. zunächst gebrachten Übersicht über die durch Blitzschlag und elektrische Unfälle verursachten, aus der Literatur bekannten Syndrome lassen sich aus dem Polymorphismus der klinischen Bilder einige häufiger vorkommende Folgezustände herausheben. Charakteristisch für Blitzschlagverletzungen sind vorübergehende Lähmungen, für elektrische Unfälle progressive Muskelatrophien. Beim Blitzschlagunfall kann man weiterhin unterscheiden: Störungen durch direkte Beteiligung der nervösen Elemente und sekundäre Störungen, bedingt durch Alterationen des Kreislaufapparats. Ungewöhnlich sind Folgezustände des Blitzschlags, wie sie in den beiden selbstbeobachteten Fällen vorlagen. Im ersten Fall zeigte sich wenige Stunden nach dem Blitzschlag eine vorübergehende Hemiparese, der 4 Monate später eine rechtsseitige Hemiplegie mit Aphasie folgte, die noch jetzt, nach länger als 4 Monaten, unverändert weiterbesteht. Im zweiten Fall schloß sich an den Blitzschlag eine schlaffe Paraplegie ohne Sphinkterstörungen, mit spärlichen sensiblen Symptomen und mit elektrischer Entartungsreaktion an, worauf eine langsam fortschreitende Besserung erfolgte. In beiden Fällen zeigte der Liquorbefund eine ausgesprochene Beteiligung der Meningen.

G. B. Giordano (Universitätsklinik Genua für Nerven- und Geisteskrankheiten). Untersuchungen über die physiologischen Schlafmyoclonien in dem durch Hypnotica herbeigeführten Schlaf.

Die von *De Lisi* beschriebenen physiologischen Myoclonien während des normalen Schlafs sind kurze schnellende Muskelkontraktionen, ähnlich denjenigen durch elektrische Reizung. Sie sind arrhythmisch, asynchron, asyn-

ergisch, über die ganze Körpermuskulatur verbreitet, am besten wahrnehmbar an den Extremitäten- und Gesichtsmuskeln. Beim Menschen und bei anderen Säugetieren erscheinen sie zahlreich beim Einschlafen und besonders vor Eintritt in den tiefen Schlaf, am meisten bei ganz jungen Menschen. Die Experimente von *Pintus* und *Falqui* 1934 mit kleinen Katzen scheinen für einen kortikalen Ursprung dieser Myoclonien zu sprechen. Verf. konnte durch seine Versuche an Katzen, denen er Veronal, Evipan, Chloral, Scopolamin und andere Hypnotica gegeben hatte, feststellen, daß diese Schlafmyoclonien während des künstlich erzeugten Schlafs im allgemeinen nicht eintreten; nach Hypnoticis der Barbiturreihe treten allerdings diffuse Tremorerscheinungen auf, die sich aber nicht mit den Myoclonien decken. Ganz geringe Myoclonien beobachtete er im Schlaf mit Dial, Somnifen und Brom.

Ottorino Balduzzi (Universitätsklinik Genua für Nerven- und Geisteskrankheiten). Primäres großzelliges Sarkom des Gehirns. (Anatomisch-pathologischer Beitrag.)

Bei einem 41-Jährigen rollte die ganze Symptomatologie des Hirntumors vom ersten Symptom bis zum Exitus innerhalb dreier Monate ab: zuerst seelische Störungen mit beginnender Demenz, dann leichte Asthenie der rechten Hand, anschließend Hemiplegie rechts mit Aphasie; später ein Krampfanfall und Anzeichen intracranieller Hypertension mit Kopfschmerzen und Erbrechen. In der Klinik nach 3 Tagen Exitus letalis; die Autopsie zeigte einen kleinen Tumor im linken Gyrus cinguli, der sich mikroskopisch als Bindegewebstumor mit großen polymorphen 4—5kernigen Zellen erwies.

Amerigo Funk (Universitätsklinik Bologna für Nerven- und Geisteskrankheiten). Forschungen um das Kardinalproblem der Psychoanalyse.

Verf. schlägt gegenüber der organischen Theorie und der dogmatischen psychologischen Lehre von *Freud* eine positivistische psychologische Theorie des Unbewußten vor.

Carlo De Santis. Die bedingten Reflexe in der Neuropsychiatrie der Kinder.

Durch seine Untersuchungen und Beobachtungen über die Rolle der bedingten Reflexe in der Neuropsychiatrie gelangt Verf. zu dem Ergebnis, daß letzten Endes der Mechanismus der bedingten Reflexe vorwiegend die Fixation einer psychoneurovegetativen Dynamik der Emotion darstellt. In der cerebralen Dynamik ist dieser Mechanismus um so wichtiger, je weniger differenziert ein Subjekt ist, d. h. je stärker die Tendenz seiner untergeordneten Nervenzentren ist, sich unabhängig von dem hemmenden und koordinierenden Einfluß der Hirnrinde zu machen und weiterhin, je stärker ein Subjekt konstitutionell emotiv ist. Deshalb treten in der Hirndynamik der Tiere die bedingten Reflexe stärker hervor als beim Menschen, bei Neugeborenen und Kleinkindern stärker als bei Erwachsenen, bei Psychopathen (besonders Hysterikern und Asthenikern) stärker als bei Normalen.

Maria Bertolani Del Rio (Irrenanstalt S. Lazzaro, Reggio Emilia). Die Schulkolonie „A. Marro“.

Bericht über die im November 1936 aus äußeren Gründen provisorisch in ein neues Gebäude der Anstalt überführte Schulkolonie für 125 schwer Erziehbare beiderlei Geschlechtes, die, wie die zahlreichen vorzüglichen Photographien zeigen, gut untergebracht sind und neben dem eigentlichen Schul-

unterricht einschließlich Gymnastik und Musik in verschiedenen Handwerken und auch in kunstgewerblichen Fertigkeiten ausgebildet werden. Die nun 16jährige Erfahrung lehrt, daß in der großen Mehrzahl der Fälle sich die aufgewandte Arbeit nach der Entlassung lohnt, so daß die geplante endgültige Unterbringung in geeigneter Form gerechtfertigt ist.

Band LXII, Heft 4. (Dezember 1939).

Aldo Bertolani (Psychiatrisches Institut von S. Lazzaro-Reggio Emilia): Die Krampfbehandlung der Schizophrenie mit Ammoniumsalzen.

Verf. bezweifelt die Ansicht von *Meduna*, wonach ein Antagonismus zwischen Schizophrenie und Epilepsie bestehe, und zwar besonders im Hinblick auf die bei der Schizophrenie vorkommenden epileptiformen Anfälle sowie auf die (nach *Vorkastner*) mögliche Kombination zwischen Schizophrenie und Epilepsie. Andrerseits könne man mit *Meduna* zugeben, daß heftige Krampfanfälle den Verlauf der Schizophrenie günstig beeinflussen. Die 1925 von *Jelenkiewicz* zufällig gemachte Beobachtung, wonach intravenöse Injektionen von Ammoniumsalz bei einer nicht Nervenkranken einen Krampfanfall hervorriefen, wurde für Verf. zum Anlaß, diese Beobachtung in seinen Versuchen nachzuprüfen; im November 1937 konnte er auf dem Kongreß von Mailand über seine Ergebnisse berichten. 10 ccm einer 5%igen Lösung von Ammoniumchlorid müssen intravenös sehr rasch eingespritzt werden; 10%ige Lösungen rufen leicht Venenthrombosen hervor. Der Anfall ist weniger schwer und dramatisch als der Cardiazolanfall; er erzielt eine Beruhigung der Kranken und wurde mit diesem Erfolg bei chronischen Schizophreniefällen und bei erregten Manien angewendet. Verf. nimmt an, daß das Ammoniumsalz an sich keine Krampfwirkung hat, daß es aber durch Reizung der Gefäßwände auf vasomotorischem Weg den Anfall bewirkt.

Antonio Mazza (Psychiatrisches Institut von S. Lazzaro-Reggio Emilia): Behandlungsversuche der Schizophrenie mit Ammoniumchlorid.

Verf. hat nach der von *Bertolani* angegebenen Methode 27 überwiegend akute Fälle von Schizophrenie behandelt. Zur Vorbeugung der Venenthrombose wurde nach dem Vorschlag von *Bertolani* gleich nach der Injektion der Arm gehoben und gesenkt und durch leichte Friktionen die Vene „gewaschen". Mit dieser Ammoniumsalzbehandlung wurde in 6 Fällen (22%) eine Vollremission erreicht, in 4 Fällen (15%) eine erhebliche Besserung; 3 weitere gebesserte Fälle wurden rasch rückfällig, 14 Fälle blieben unbeeinflußt. Die Wirkung zeigte sich meist schon nach wenigen Einspritzungen. 7 der gut beeinflußten Fälle waren ganz oder ziemlich frisch erkrankt, 3 waren rückfällig Erkrankte. Trotz der schon festgestellten und teilweise wohl noch zu erwartenden Rückfälle verdient die Methode *Bertolani* die größte Beachtung.

Antonio Mazza (Psychiatrisches Institut von S. Lazzaro-Reggio Emilia): Das „Hemmungsphänomen" von Donaggio, untersucht an mit der Ammoniumsalz-Krampftherapie behandelten Schizophrenen.

An 14 nach der Methode von *Bertolani* behandelten Schizophreniefällen wurde das Verhalten der Reaktion von *Donaggio* vor und nach der Einspritzung von Ammoniumsalz untersucht. Vor der Behandlung war die Reaktion in einigen Fällen negativ, in andern Fällen leicht positiv, aber immer unter dem Wert von 10 stehend. Nach der Einspritzung stiegen die Werte konstant mehr oder weniger an. Wenn man als positiv die Werte über 15 bezeichnet, so waren

8 Fälle positiv, die meisten andern aber ebenfalls mehr oder weniger erhöht. Die sofort nach dem Anfall positiv gewordene Reaktion blieb teils lange Zeit bestehen, teils verschwand sie nach einigen Stunden. Diese Ergebnisse stimmen mit denen von *Baraldi* überein, welcher mit Parallelversuchen eine Veränderung der Leukozytenformel nach Ammoniumkrampfanfällen feststellen konnte.

Mario Baraldi (Psychiatrisches Institut von S. Lazzaro-Reggio Emilia): Durch den Ammoniumsalz-Krampfanfall hervorgerufene Veränderungen des Blutbildes.

In der großen Mehrzahl der Fälle fand sich sofort nach dem Ammoniumsalz-Krampfanfall Erythropenie, Leukopenie, Neutropenie, Lymphocytose und Rechtsverschiebung der Arnethschen Formel. Später und hauptsächlich 3 Stunden nach dem Anfall zeigte sich eine Neigung der roten Blutkörperchen zur Zunahme, ferner Leukozytose, Neutrophilie, Monocytose, Lymphopenie und Linksverschiebung der Arnethschen Formel. Die durch den Ammoniumkrampfanfall hervorgerufenen morphologischen Blutveränderungen scheinen also denjenigen nach Insulin- und Cardiazolanfällen zu ähneln; hier wie dort kommt eine Intervention des vegetativen Nervensystems in Frage.

Giuseppe Pintus, Fortunato Cuneo (aus der Universitätsklinik Genua für Nerven- und Geisteskrankheiten): Untersuchungen über die Pathologie der Schweißsekretion bei Erkrankungen des Nervensystems.

Die normale Anatomie und Physiologie der Innervation der Schweißsekretion, die zwar von der Blutzirkulation abhängig, aber in erster Linie eine Funktion des vegetativen Nervensystems darstellt, wird genau beschrieben und anschließend auf die Pathophysiologie der Schweißabsonderung bei Erkrankungen des Nervensystems eingegangen. In seinen Versuchen an eigenen Fällen kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß die von *Minor* und weiterhin von *Guttenberg* aufgestellten Schemata der Schweißsekretion beim Gesunden, wenn sie auch angesichts der zahlreichen individuellen Schwankungen Irrtümern unterstehen, doch ausreichend für die Erforschung der Schweißabsonderungsstörungen und zweckmäßig für den klinischen Gebrauch sind. Eine der Fehlerquellen ist die noch nicht vollständige Kenntnis aller Einzelheiten der Innervationswege; auch die Lokalisation der spinalen und cerebralen Zentren ist noch nicht genau bekannt und das Gleiche gilt für den Mechanismus, nach dem identische Störungen bald Unter-, bald Übersekretion zur Folge haben. Im allgemeinen kann man annehmen, daß Hyperhydrosis bei cerebralen, Anhydrosis bei medullären und peripheren Störungen eintreten. Und zwar kann die cerebral bedingte Hyperhydrosis entweder den ganzen Körper oder nur die Hälfte desselben betreffen, je nach der Ein- oder Doppelseitigkeit des nervösen Krankheitsprozesses. Dagegen ist die Anhydrosis vorwiegend lokalisiert und hat, wenn abhängig von Wurzel- oder neuritischen Störungen, nicht immer eine genaue Beziehung zur betroffenen sensiblen Zone. Zu wünschen wäre, daß weitere klinische Beobachtungen mit genauen makro- und mikroskopischen Befunden der Nervenkrankheiten zusammen mit verfeinerten Methoden zur Untersuchung der Schweißabsonderung uns in Zukunft präzise Tatsachen über diese Probleme liefern.

Antonio Paleari (Psychiatrische Universitätsklinik für Nerven- und Geistes-krankheiten in Mailand): Untersuchungen über die Blutzuckerregulierung der Krankheiten des Zentralnervensystems.

Aus den an 62 Kranken vorgenommenen Versuchen lassen sich folgende wichtige Schlüsse ziehen. Präfrontale Tumoren zeigen bei der Belastungsprobe eine durch eine intensive hyperglykämische Phase gekennzeichnete Kurve, während man mit Insulin nur eine geringe Reaktion erhält. Die centroparietalen Tumoren geben mit der Belastungsprobe sowie mit Insulin beinahe gleichartige Kurven. Bei Krankheitsprozessen (hauptsächlich Tumoren) der hintern Schädelgrube und des Hirnstamms ist die glykämische Kurve nach Adrenalin höher als nach der Belastungsprobe. Dagegen ergeben sich bei multipler Sklerose, Chorea und myoklonischer Epilepsie, weniger häufig bei amyotrophischer Lateralsklerose und Syringomyelie mit der Belastungsprobe Kurven mit 2 und mehr hyperglykämischen Gipfeln (dyssynergische Reaktion). Aus diesen Daten ist zu entnehmen, daß bei Nervenkrankheiten die glykämischen Kurven nach Glukosezufuhr oder nach Einspritzung von Adrenalin und Insulin ein charakteristisches Verhalten zeigen, das von Natur und Sitz des Krankheitsprozesses abhängt. Es handelt sich dabei zunächst aber nur um allgemeine Richtlinien und nicht um sichere klinische Kriterien.

Boldrino Boldrini (Institut für gerichtliche Medizin und Versicherungswesen an der Universität Modena): Der Fall des „Libro del Commando“. nachuntersucht vom gerichtsärztlichen Standpunkt.

Ein alter Gerichtsprozeß des vorigen Jahrhunderts gibt dem Verf. Gelegenheit zu interessanten Rückblicken und geistvollen psychologischen und psychiatrischen Überlegungen. In dem am modenesischen Teil des Appennins gelegenen Flecken Varana lebte um die Jahrhundertwende ein Priester, Don Ortensio Giacobazzi, der im Ruf stand, dem Teufel, für die Macht Wunder zu tun, seine Seele verkauft zu haben. Notwendiges Instrument zu diesem Pakt war ein Buch, das „Libro del Commando“, das später nach dem Tod des Priesters in den Besitz eines Nachbars kam, der es sorglich einmauerte. 5 ortsansässige Freunde, darunter ein Mechaniker, ein Schutzmann und ein Händler, versuchten im festen Glauben an die teuflische Macht dieses Buchs, mit Gewalt sich desselben zum eignen Gebrauch zu bemächtigen, wurden verurteilt und kamen ins Gefängnis, obwohl 2 Sachverständige, *Ciorini* und der berühmte *Tamburini* gutachtlich ausführten, es handle sich bei den 5 Delinquenten um eine primäre degenerative halluzinatorische Paranoia mit systematisiertem Dämonenwahn. Tatsächlich hatte fast jeder von ihnen schon Geister gesehen und beschworen; ihr geistiger Anführer war übrigens ein sehr intelligenter Uhrmacher und Mechaniker mit humanistischer Bildung. Durch ein interessantes Exposé über den zeitgeschichtlichen Aberglauben mit seinen „Gedankenfossilien“ und durch Ausführungen über die Paranoia widerlegt Verf. in feiner Weise die Paranoiadiagnose der früheren Sachverständigen; zum gleichen Zweck hat er die Lebensschicksale der 5 Pseudoparanoiker bis zu ihrem Tode verfolgt und hat auch ihre Nachkommen soweit möglich aufgesucht und exploriert, woraus sich Rückschlüsse auf die psychische Struktur ihrer Väter ergaben, die übrigens nach ihrer Strafabbüßung alle „geheilt“ waren bis auf einen, der nach weiteren Entgleisungen in gleicher Richtung erneut straffällig wurde. Wenn auch dem Verf. in seiner 5fachen Diagnose des nicht krankhaften, psychopathisch sich auswirkenden Aberglaubens zugestimmt werden kann, so interessiert doch vom erbbiologischen Standpunkt aus besonders, daß einer der Täter ein belasteter Epileptiker war, daß der Bruder eines Zweiten als Paralytiker starb und daß der Sohn des Dritten an Schizophrenie erkrankte. Bemerkenswert ist, daß das beim Gerichtsverfahren

ebenfalls inhaftierte „Teufelsbuch“ sich als ein deutsches Werk über „Geheime Figuren der Rosenkreuzer aus dem 16. und 17. Jahrhundert“ entpuppte.

Domenico Zanello (Universitätsklinik für Nerven- und Geisteskrankheiten in Bologna): Die organische Reaktion der Schizophrenen gegenüber der Reaktion von Donaggio bei Schwefeltherapie.

Mit der Reaktion von *Donaggio* können bekanntlich auch leichte Verschiebungen des organischen humoralen Gleichgewichts festgestellt werden, da sie durch eine überdurchschnittliche Quantität der hervorgebrachten Colloide bestimmt wird. Bei den nicht behandelten Schizophrenen ist die Reaktion negativ und *Donaggio* hat beobachtet, daß bei Anwendung einer physikalischen Fieberbehandlung dieser Kranken, z. B. bei der Kurzwellentherapie von *Marconi*, eine Verspätung und Verlangsamung im Positivwerden eintritt, die er mit den Namen Bradyklasie und Hypoklasie bezeichnet hat. Bei den postencephalitischen Parkinsonkranken treten diese Erscheinungen bis zur Aklasie auf. Verf. hat nun das Verhalten der Reaktion bei den Schizophrenen unter dem Einfluß einer chemischen Fieberrektion (mit colloidalem Schwefel) untersucht. Auch hier zeigte sich, im Verhältnis zur Norm, eine reichliche Verspätung und Verlangsamung hinsichtlich des Eintritts der positiven Reaktion. Wenn er weiterhin die Schizophrenen einer serienweisen Schwefeltherapie unterwarf, so konnte er dabei Folgendes feststellen: bei den durch die Behandlung nicht gebesserten Schizophrenen bleiben Bradyklasie und Hypoklasie bestehen, während bei den zur Besserung neigenden Kranken die Reaktionen allmählich bis zu beinahe positivem Ausfall ansteigen.

Mario De Paoli (Psychiatrische Provinzialanstalt von Como): Erweiterung und Neueinrichtungen der Kolonie für Handwerker und Industriearbeiter an der Psychiatrischen Provinzialanstalt von Como.

Bericht über die von der Verwaltung beschlossenen Arbeiten zum Ausbau dieser, der Provinzialanstalt angegliederten Kolonie für Handwerker und Industriearbeiter, z. B. über Anlegung einer Straße, Errichtung neuer und Ausbesserung alter Pavillons, Einbau von Heizanlagen und sanitären Einrichtungen usw. (Aus dem Statistischen Büro für Geisteskrankheiten an der Psychiatrischen Provinzialanstalt S. Maria della Pietà in Rom).

Krankenbewegung der Geisteskranken in den Jahren 1926—37.

Die Krankenbewegung der Geisteskranken in allen Provinzen Italiens während der Jahre 1926—37 wird in Tabellen dargestellt. Der Band enthält u. a. einen Nachruf auf *Johannes Lange* aus der Feder *W. Wagners*.

Band LXIII, Heft 1. (März 1939).

Lamberto Longhi (Universitätsklinik für Nerven- und Geisteskrankheiten, Rom): Die Gangabweichung bei Hemianoptikern (Beitrag zur Kenntnis der optisch-motorischen Reaktionen).

Nach den Beobachtungen von *Stenvers*, *Balduzzi* und *v. Bogaert* tritt bei Hirnkranken beim Gehen mit offenen Augen eine Abweichung nach der dem zerebralen Herd entgegengesetzten Seite auf; bei Hemianopsie ist diese Abweichung jedoch noch nie festgestellt worden. Dagegen gelang es dem Verf., mit einer eigenen Methode bei 3 Kranken mit lateraler homonymer Hemi-

anopsie eine Gangabweichung nach der Seite des zerebralen Herdes hin nachzuweisen. Und zwar wird diese Abweichung sogar bei deutlichem Sehen korrigiert, was bei den Fällen der genannten Autoren nie vorkam. Die physiopathologische Verschiedenheit dieser beiden Gangtypen wird von Verf. so erklärt, daß die bei den Hemianoptikern vorkommende Gangabweichung einem Versagen in der Leitung der optischen Reize zuzuschreiben ist, während die Abweichung der andern Fälle durch eine Störung der zentralen Verarbeitung der Sehreize bedingt ist. Zweifellos liegt hier eine optisch-agnostische Störung vor, wahrscheinlich im Sinne der Hypothese von *Pötzl* über die Funktion der Scheitellappen in der gnostischen Verarbeitung des optischen Materials.

Nevio Rosso (Universitätsklinik für Nerven- und Geisteskrankheiten, Genua): Über die Beschleunigung der Mastixreaktion durch Zentrifugieren.

Um die Ergebnisse der so wichtigen Benzoin-Kolloidalreaktion des Lumballiquors rascher als nach 12—24 Stunden feststellen zu können, hat *Bozzi* 1938 eine Beschleunigung durch Zentrifugieren vorgeschlagen, wonach ein Ablesen schon nach wenigen Minuten möglich ist. Die praktische Brauchbarkeit dieser Methode wurde durch *Koll* bestätigt. Das gleiche Verfahren wurde nun durch Verf. für die Mastixreaktion ausgeprobt und zwar mit bestem Erfolg. Die Ergebnisse stimmen mit denen der alten langsameren Methode überein, was auch durch eine gleichzeitig erscheinende Mitteilung von *Bozzi* bestätigt wird.

Arnaldo Giordani (Neurologisch-psychiatrische Universitätsklinik, Rom): Variationen des Blutbildes während der Insulintherapie der Schizophrenen.

Venöses, arterielles und kapilläres Blut wurde bei 11 insulinbehandelten Schizophreniefällen hinsichtlich seiner morphologischen Schwankungen untersucht. Er konnte dabei eine progressive Zunahme der Leukozyten und der roten Blutkörperchen feststellen, die ihren Gipfel im Augenblick der Unterbrechung des Schocks erreicht und zwar ohne Anzeichen vermehrter Myelogenese. Wegen des gleichsinnigen Verhaltens aller Blutarten glaubt Verf. die Hypothese einer nicht ganz gleichmäßigen Verteilung der Blutelemente ausschließen zu können. Ferner verneint er die Möglichkeit einer nur relativen Vermehrung der festen Blutelemente und entscheidet sich schließlich für die Annahme eines in Funktion-Tretens von Organen, die normalerweise nur als Blutreserve dienen.

Virginio Porta und *L. De Vito* (Universitätsklinik für Nerven- und Geisteskrankheiten, Mailand): Die Magensaftsrekretion bei den Folgezuständen der epidemischen Enzephalitis.

Bei den Folgezuständen der Enzephalitis epidemica begegnet man fast immer gewissen Unregelmäßigkeiten der Magensaftsekretion und zwar ist dieser meist vermindert oder fehlt ganz. Eine übermäßige Magensaftproduktion findet sich nicht selten bei den mit Hyoscymin oder Scopolamin behandelten Fällen. Der Einfluß der bulgarischen Kur auf den Magensaft ist wechselnd, inkonstant und oft paradox; der Vergleich mit andern klinischen und experimentellen Symptomen eines verminderten parasympathischen Tonus läßt an das Vorliegen einer relativen Autonomie der Regulierung der Magensaftausscheidung denken.

Andrea Mari (Psychiatrische Anstalt von S. Lazzaro-Leggio Emilia): Beitrag zur Kenntnis der Dyschromien nervösen Ursprungs.

In dem beobachteten seltenen Fall traten während einer psychogenen Depression große gelbbraune symmetrische Flecken an Wangen, Rumpf, Hals und Genitale auf, während die Schamhaare ganz und die Kopfhaare zum geringen Teil weiß wurden. Änderungen der Schweißsekretion, der Vasomotorik, Jucken usw. waren nicht vorhanden, auch ließ sich keine primäre Krankheit, keine Intoxikation oder chemische Reizung nachweisen. Diagnostisch wird eine auf emotiv-nervösem Weg entstandene atypische Vitiligo mit Überpigmentation der Haut und Pigmentverlust der Haare angenommen. Die nervös-emotive Entstehung beweist wieder einmal die endokrin-nervösen und endokrin-psychischen Beziehungen.

Aldo Franchini (Universitätsinstitut für gerichtliche Medizin und Versicherungswesen): Statistische und gerichtsärztliche Betrachtungen über den Selbstmord in Genua.

An 647 Selbstmordfällen wurden die Beziehungen des Selbstmords und seine Beeinflussung durch Alter, Jahreszeit, Geschlecht, geistige Veranlagung und Krankheit nachprüft und mit den Ergebnissen anderer Untersucher verglichen. Die biologischen Faktoren wurden auch hier wichtiger als Faktoren sozialer Natur befunden.

Mario Bergonzi (Neurologisch-psychiatrische Universitätsklinik von Parma): Anatomische Grundlagen der spontanen Krampfhypoglykämie: die Inselzelltumoren des Pancreas.

Bei einem Fall mit spontanen hypoglykämischen Krampfanfällen, über die in einem früheren Heft der Zeitschrift berichtet wurde, kommt jetzt der anatomische Befund zur Mitteilung. Es handelt sich um ein Inselzellenkarzinom des Pancreas mit Veränderungen bestimmter Schichten der Hirnrinde. Für den Nervenarzt ist die Kenntnis derartiger Fälle wichtig sowohl hinsichtlich der Unterscheidung von der gewöhnlichen Epilepsie als auch zwecks Einleitung einer rechtzeitigen operativen Behandlung.

Lothar Kalinowski (Neurologisch-psychiatrische Universitätsklinik Rom): Zwangsgreifen und ähnliche Erscheinungen.

Der Begriff des „Zwangsgreifens" wird klargestellt. An Hand der Literatur erörtert Verf. sodann die Physiologie des Greifens im allgemeinen, die Semiotik und die pathologische Anatomie der pathologischen Greifreflexe. Endlich werden noch andre Greifsymptome sowie verwandte Symptome (Mundgreifen, Saugen, Umklammerungsphänomene usw. und ihre praktisch-diagnostische Bedeutung besprochen. *Liguori-Hohenauer* (Karlsruhe)

Berichtigung

In der Arbeit von *Welte:* Methode der Hirnsektion und makroskopische Diagnostik (ds. Zeitschrift Bd. 115 H. 4 S. 390ff.) ist folgendes zu berichtigen: Bei der Besprechung der Zubereitung der Formollösung S. 393 muß es heißen: 1 Teil der käuflichen Formollösung + 9 Teile Brunnenwasser. (Formol oder Formalin ist eine 40% Lösung von Formaldehyd in Wasser. Wenn von 10% Lösung die Rede ist, so ist darunter eine Mischung von 1 Teil käuflicheru Formol-Stammlösung + 9 Teile Brunnenwasser zu verstehen. Es handelt sich bei dieser Angabe also nicht um den %Gehalt an Formaldehyd.)

Professor Dr. Hans Reiter 60 Jahre alt.

Am 26. Februar 1941 konnte der Präsident des Reichsgesundheitsamtes, Professor Dr. *Hans Reiter*, seinen 60. Geburtstag feiern. Der Jubilar hat seit der Übernahme des Reichsgesundheitsamtes im Jahr 1933 neben vielen anderen richtunggebenden Leistungen durch die Schaffung und Leitung der Arbeitsgemeinschaft der ärztlichen wissenschaftlichen Gesellschaften mit dem Reichsgesundheitsamt die Verwertung der Ergebnisse der Forschung und der praktischen Erfahrung für die Klärung und Regelung wichtiger Fragen der Gesundheitsführung, vor allem auf dem Gebiet der Erb- und Rassenpflege, im neuen Staat erfolgreich in die Wege geleitet und sich für die Geltendmachung der deutschen Fortschritte im Bereich der Medizin und Hygiene in der ganzen Kulturwelt persönlich eingesetzt. In diesem Sinne hat er auch die Gesellschaft der Deutschen Neurologen und Psychiater und die Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete zu aufrichtigem Danke verpflichtet, den wir mit unseren herzlichen Glückwünschen zu seinem Festtage zum Ausdruck bringen möchten. Möge ihm eine lange Reihe weiterer Jahre fruchtbaren Schaffens für Volk und Staat beschieden sein!

Rüdin. *Roemer.*

Dokumente Behring

Als Nachklang zur Gedächtnisfeier für *Emil von Behring* hat das Behring-Archiv Marburg / Lahn ein stattliches Gedächtniswerk in 7 Sprachen „Dokumente eines großen Lebens als Arzt und Forscher, Emil von Behring" erscheinen lassen. Es besteht in einer Sammlung technisch vorzüglicher Abbildungen aller für das Leben Behrings bedeutsamer Urkunden von der Doktorpromotion bis zum Adelsbrief und einer knappen Übersicht über seine Lehre an Hand einiger aus seinen Werken ausgewählter Worte. So entsteht ein eindruckvolles Bild vom Werdegang dieses selten erfolgreichen Kämpfers gegen Krankheit und Tod und von den zahllosen Ehrungen, durch die die bedeutendsten zeitgenössischen Aerzte und Mediziner, der deutsche Staat und das deutsche Volk und schließlich die gesamte Kulturwelt diesem Wohltäter der Menschheit, vor allem dem Retter der Kinder und der Soldaten, ihre Anerkennung und ihren Dank ausgedrückt haben. Mit diesem in seiner Art einzigartigen Werk hat die deutsche Medizin einem ihrer größten Vertreter und damit sich selbst vor allen Völkern der Erde ein stolzes Denkmal errichtet.

Aufnahme jüdischer Geisteskranker in Heil- und Pflegeanstalten

Der Reichsminister des Innern hat betr. Aufnahme jüdischer Geisteskranker in Heil- und Pflegeanstalten unter dem 12. November 1940 folgenden Runderlaß, der im Reichsmedizinalblatt vom 15. Januar 1941, Jhrg. 16, Nr. 3, S. 37 ff. abgedruckt ist, herausgegeben.

(1) Der bisher noch bestehende Zustand, daß Juden mit Deutschen in Heil- und Pflegeanstalten gemeinsam untergebracht waren, hat, ganz abgesehen von der Tatsache, daß ein derartiges Zusammenwohnen Deutscher mit Juden auf die Dauer nicht tragbar ist, zu Beschwerden des Pflegepersonals und von Angehörigen deutschblütiger Kranker Anlaß gegeben.

(2) Zur Behebung dieser Mißstände ordne ich hiermit an, daß geisteskranke Juden künftig nur noch in die von der Reichsvereinigung der Juden unterhaltene Heil- und Pflegeanstalt in Bendorf-Sayn, Kr. Koblenz, aufgenommen werden dürfen. Die Genehmigung zur Einrichtung etwaiger weiterer derartiger rein jüdischer und jüdisch geleiteter Anstalten behalte ich mir erforderlichenfalls vor.

(3) Falls aus Gründen der öffentlichen Sicherheit die Unterbringung eines geisteskranken Juden in einer deutschen Heil- und Pflegeanstalt erforderlich wird, ist für eine umgehende Weiterleitung des Patienten in die Heil- und Pflegeanstalt in Bendorf-Sayn zu sorgen. Den Leitern der deutschen Heil- und Pflegeanstalten obliegt die Verpflichtung, diese Weiterleitung zum frühestmöglichen Zeitpunkt sicherzustellen.

(4) Dieser RdErl. findet keine Anwendung auf geisteskranke Juden, die bereits vor dem 1. Oktober 1940 in deutsche Heil- und Pflegeanstalten aufgenommen waren und sich z. Z. noch in diesen befinden. Wegen der Behandlung dieser ergeht besondere Weisung.

(5) Die unterstellten bzw. der Aufsicht unterstehenden Anstalten sind im Sinne dieses RdErl. zu verständigen.

Kurze Mitteilungen

Die Deutsche Gesellschaft für innere Medizin hat beschlossen, ihre 53. Tagung in Wien vom 21. bis 24. April 1941 abzuhalten. Anmeldungen sind zu richten an den Vorsitzenden der Tagung, Professor Dr. *H. Eppinger*, Wien LX, Lazarettgasse 14, I. Medizinische Klinik.

Die Deutsche Gesellschaft für Kreislaufforschung hält ihre 14. Jahrestagung in Bad Nauheim am 17. und 18. April mit dem Hauptthema: „Kreislauf und Stoffwechsel" ab. Der Tagungsvorsitzende ist Professor Dr. *Hochrein*, Leipzig. Vorträge sind bis zu 1. März 1941 bei Professor Dr. *E. Koch*, Bad Nauheim, Kerckhoff-Institut anzumelden.

An der Karlsuniversität *Prag* wurde ein Institut für Erb- und Rassenhygiene unter Leitung von Professor Dr. *K. Thumms* errichtet.

Professor Dr. *Agnes Bluhm* konnte am 17. Dezember 1940 den Tag begehen, an dem vor 50 Jahren ihr das Doktordiplom von der Universität Zürich ausgestellt worden ist.

Professor Dr. *Hugo Spatz*, Direktor des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Hirnforschung Berlin-Buch wurde von der Akademie der Wissenschaften in Ferrara zum Ehrenmitglied ernannt.

Professor Dr. *M. Nonne*, Hamburg und Professor Dr. *P. Schröder*, Leipzig wurden von der Wiener Medizinischen Gesellschaft zu Ehrenmitgliedern ernannt.

Persönliches

Alzey. AssA. Dr. *Seiwert* wurde zum MdRt. an der hiesigen HuPfA. ernannt.

Arnsdorf. RMdRt. Dr. *Schäfer* bei der HuPfA. Zschadrass wurde an die heisige HuPfA. versetzt.

Hamburg. Professor Dr. *M. Nonne* konnte am 13. Januar d. J. seinen 80. Geburtstag feiern und erhielt bei diesem Anlaß die Goethe-Medaille für Kunst und Wissenschaft.

Professor Dr. *Süpfle*, der Direktor des Hygienischen Instituts, der sich um die Internationale Hygieneaustellung in Dresden 1930 und 1931 besondere Verdienste erworben hat, konnte am 9. Dezember v. J. seinen 60. Geburtstag begehen.

Dr. med. hab. *Hans Jacob* wurde zum Dozenten für Psychiatrie und Neurologie ernannt.

Karlsruhe. Md.Rtin Dr. *H. Liguori-Hohenauer* wurde von der HuPfA. Illenau an das hiesige Gesundheitsamt versetzt.

Kreuzburg (Ob.-Schl.) San.-Rat Dr. *Joh. Bresler*, der verdiente Begründer und ständige Schriftleiter der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift, konnte am 7. Februar d. J. das 75. Lebensjahr vollenden.

Lohr. Der Direktor der hiesigen HuPfA. OMdR. Dr. *Stöckle* wurde in den Ruhestand versetzt und ihm für die dem deutschen Volke geleisteten treuen Dienste der Dank ausgesprochen. Der seitherige Direktor der HuPfA. Werneck Dr. *Pabst* wurde mit Wirkung vom 1. Januar 1941 als Direktor der Anstalt berufen.

Prag. Clemens Bergel wurde zum leitenden Arzt der Landesheilanstalt für Geisteskranke in Kosmanos bei Jungbunzlau ernannt.

Rostock. Dr. med. habil. *O. Schiersmann* wurde zum Dozenten für Neurologie und Psychiatrie ernannt.

Schussenried. MdRt. Dr. *Götz* wurde zum Obermedizinalrat und Vorstand der hiesigen HuPfA. ernannt.

Zwiefalten. Md.R. Dr. *Stegmann* bei der hiesigen HuPfA. wurde auf Ansuchen die Entlassung erteilt.

Berlin. Professor Dr. *K. Adam* ist im Alter von 66 Jahres verstorben; er war Leiter des Kaiserin-Friedrich-Hauses, der Zeitschrift und der Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung, Generalsekretär der Internationalen Akademie für das ärztliche Fortbildungwesen sowie Vorstand der Sammlung ärztlicher Lehrmitttel und der medico-historischen Sammlung.

Bonn. Geh. MdRt. Dr. *A. Westphal*, em. o. ö. Professor an der hiesigen Universität, ist im Alter von 78 Jahren gestorben.

Erlangen. Geh.Rt. Professor Dr. *G. Specht* ist 80 Jahre alt verstorben.

Halle. Der a. o. Professor für Psychiatrie *E. Siefert* ist 66 Jahre alt verstorben.

Leipzig. Der nichtpl. a. o. Professor für Psychiatrie und Neurologie Dr. *H. Klien* ist verstorben.

Zur Beachtung: Die Anschrift des Herausgebers lautet bis auf weiteres: Stuttgart O. Gerokstrasse 51.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND IHRE GRENZGEBIETE

GEGRÜNDET 1844 VON DAMEROW, FLEMMING UND ROLLER

OFFIZIELLES ORGAN DER GESELLSCHAFT DEUTSCHER NEUROLOGEN UND PSYCHIATER (PSYCHIATRISCHE ABTEILUNG) MIT BEILAGE »ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE«

herausgegeben von

HANS ROEMER

STUTTGART

Hundertachtzehnter Band



BERLIN 1941

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

Es wurden ausgegeben:

Heft 1/2 (S. 1—224) am 3. VI. 1941
Heft 3/4 (S. 225—474) am 15. VIII. 1941

Archiv-Nr. 58 05 41

Printed in Germany

Druck von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 35

Inhalt

Seite

Autorenregister

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND IHRE GRENZGEBIETE

GEGRÜNDET 1844 VON DAMEROW, FLEMMING UND ROLLER

OFFIZIELLES ORGAN DER GESELLSCHAFT DEUTSCHER NEUROLOGEN UND PSYCHIATER (PSYCHIATRISCHE ABTEILUNG) MIT BEILAGE »ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE«

Unter Mitwirkung von

F. AST-München / J. BERZE-Wien / K. BONHOEFFER-Berlin / A. GÜTT-Berlin / K. KLEIST-Frankfurt/M. / E. KRETSCHMER-Marburg / P. NITSCHE-Berlin / K. POHLISCH-Bonn / H. REITER-Berlin E. RÜDIN-München C. SCHNEIDER-Heidelberg

herausgegeben von

HANS ROEMER

STUTTGART

Hundertachtzehnter Band - Heft 1/2

Ausgegeben am 3. Juni 1941



BERLIN 1941

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

Inhalt

Über philosophische Systembildung bei abnormen Persönlichkeiten

(Aus den Wittenauer Heilstätten, ärztlicher Direktor Dr. *Waetzold*)

Von

Dr. G. Kujath

(Eingegangen am 20. Dezember 1940)

Die im Folgenden mitgeteilten Fälle waren bereits vor unserer Untersuchung Anlaß zu forensischer Begutachtung, die sich vor differentialdiagnostische Schwierigkeiten hinsichtlich der Entscheidung zwischen Psychopathie und Schizophrenie gestellt sah. Es handelt sich um den 33-jährigen Laborhelfer W. S. und den 35-jährigen Kinovorführer H. R. Beide waren von der Wichtigkeit eines selbst gefundenen philosophischen Systems für die eigne Person sosehr durchdrungen, daß sie sich in vollem Bewußtsein der Folgen ihres Handelns freiwillig auch härtesten gesetzlichen Maßregeln unterzogen haben. Unabhängig von der forensischen Situation und von differentialdiagnostischen Erörterungen, unter Außerachtlassen schließlich der bereits vorliegenden Gutachten wollen wir der Frage nach der Motivation des fanatischen Festhaltens an den Ideen nachgehen.

Das weltanschauliche System des W.S. baut sich aus folgenden Gedankengängen auf:

Die Dinge verlaufen nach Naturgesetzen. Übereinstimmung mit ihnen hat den Zustand der Sicherheit, wahren Glücks und eines Gefühls des „selbstverständlichen" Lebensablaufs zur Folge. Gesetzwidriges Verhalten bewirkt „Schmerz in der Seele", was körperlich oder moralisch als Verstimmung in Erscheinung treten kann und Veranlassung gibt, die ursprüngliche Einstellung zu „revidieren". „Vor dem Naturgesetz muß alle Willkür weichen." Als Beispiele von „Willkür" werden aufgeführt: „starres Festhalten am Beruf auf Lebenszeit", „gewaltsame Beendigung des Lebens". Leben ist „Reifeprozeß", „Weg" von der persönlichen Einzelhaltung zur objektiven gesetzmäßigen Orientierung. Die Erfüllung des Naturgesetzes bringt den bestehenden Gegensatz zwischen Liebe und Vernunft zur Vereinigung. In dieser gedanklichen Entwicklung will W.S. durch die „Kreiserkenntnis" (Übungen im Kreiszeichen, die „bis zur Ermüdung" durchgeführt wurden) bestärkt worden sein. Nach Vollzug dieser Übungen stellte er jeweils größere „Konzentrationsfähigkeit" bei sich fest und „erhöhte Tatbereitschaft". Der Kreis wurde ihm Sym-

bol der Gerechtigkeit und Ausgeglichenheit, wie die Kugel Harmonie und Vollkommenheit versinnbildlicht, „weil der Mittelpunkt von der Peripherie überall gleichweit entfernt ist". Diese Erkenntnis erweckte das Streben nach Ausgleich der Gegensätze und nach Vervollständigung der Ausbildung im Sinne von größerer Vielseitigkeit. „Es ist ratsam, recht vielseitig zu sein, dann läuft man nicht Gefahr zu versagen. Ich hatte früher das Gefühl, dem praktischen Leben viel schuldig zu bleiben." Allerlei „Musikexperimente" — W.S. ist Geiger — bestanden in nichts anderem als im Abstimmen der „reinen" Quinte. Das Eigentümliche hierbei, was den Verdacht auf einen schizophrenen Prozeß zu bestätigen schien, war der Umstand, daß W. S. sein Geigenspiel 5 Jahre lang ausschließlich auf dies monotone Stimmen beschränkt hatte. Allerdings stand die Absicht dahinter, die Urteilsfähigkeit durch „Präzision" zu schärfen. Die Beschäftigung mit diesen Dingen, die auch zu den philosophischen Studien gerechnet werden, erleichterte es ihm, „die Leute zu verstehen und in ihrer Gemeinschaft zu leben". Hiermit ist eigentlich schon der Kernpunkt des Problems berührt.

W. S. entstammt einer kinderreichen Familie. Ein Blick auf die erblichen Verhältnisse zeigt eine eindeutige psychopathische Belastung. Ein Bruder hat aus ähnlichen Motiven wie S. gehandelt. In der Kindheit neigte er (der Bruder) zu Tagträumereien, litt an nächtlichem Aufschreien und an zwangsartig auftretendem Lachen. Er war ungemein schüchtern und empfindsam, mied Umgang mit Frauen, stets war er niedergeschlagener Stimmung. Ein zweiter Bruder hatte Veitstanz. Er verstand sich im Leben nicht zu behaupten, hatte aber ein starkes Geltungsbedürfnis. Man hielt ihn allgemein für einen Phantasten. Im Anschluß an Streitigkeiten erschoß er sich. In einem Abschiedsbrief gab erseinem Bedauern Ausdruck, sich nicht durchsetzen zu können, er wollte „nichts mehr fühlen". Weitere Brüder und Schwestern sind kraftvolle Realisten. Der Vater wird als Sonderling geschildert, der sich von der Familie isoliert, weiterhin als schwungloser, egoistischer Mensch, die Mutter als gesellige, gewandte, energische Natur, die zu Hause das Szepter in der Hand hat. Eine Tochter der Schwester der Mutter starb an Suizid, Töchter einer Halbschwester der Mutter sind extravagante Persönlichkeiten, deren Sohn ist schwachsinnig.

W. S. selbst war bis zum 14. Lebensjahr Bettnässer. Die erste Kindheit brachte er im Erwachsenenkreise zu. Der Gegensatz zwischen dem in der Familie griesgrämigen, in Gesellschaft stets heiteren Vater und der sich immer gleichbleibenden Mutter ist ihm noch in Erinnerung. In der Schule gehörte er zu den Begabteren. Mit den Lehrern hatte er öfter Zusammenstöße, weil er starrköpfig auf seiner Meinung bestand. Er war sehr lerneifrig und gefiel sich darin, Geltung als Wissender zu haben. Dabei hatte er sachliches Interesse und Freude an der Leistung. Es war sein Bestreben, vorbildlich zu wirken und sich als wertvoller Mensch im Leben zu behaupten. Der Umstand, daß er nach der Schulentlassung nur ungelernter Arbeiter werden konnte, weil die Eltern die Mittel für eine Lehre nicht aufzubringen vermochten, war für ihn auf die Dauer durchaus unbefriedigend. Während 7jähriger Tätigkeit in einer Zementfabrik hat er sich bis zum Laborhelfer hinaufgearbeitet. In der Zeit 3jähriger Arbeitslosigkeit (1930—33) betrieb er eifrig Violinstudien, befaßte sich mit Literatur, französischen Sprachstudien, unternahm mit einem Bruder eine Radtour durch Italien. Nach Notstandsarbeiten an Flughäfen und Autobahnen trat er 1934 wieder in festes Arbeitsverhältnis zunächst beim Bruder, der ein Malergeschäft besaß, dann als Hilfsarbeiter bei einer Baufirma. Seit 1 Jahr ist

er als Schlossereihelfer in einer Spritfabrik tätig. In den Jahren 1934 — 39 widmete er sich neben seiner Arbeit den genannten „Stimm- und Kreisübungen", las Werke aus dem Gebiet der Physiologie, Phrenologie, Psychologie, Pädagogik, insbesondere Schopenhauer, zusammenfassende Werke über Kant und Schlegel. Der Vater hebt in schriftlichen Angaben über W. S. einen Hang zum Alleinsein hervor, ferner Gleichgültigkeit gegenüber den Dingen des alltäglichen Lebens und bemerkt wörtlich: „Er konnte mit dem Leben nicht fertig werden".

Die Zuneigung zur Musik, deren Anfangsgründe er sich selbst beigebracht hatte, begründet S. mit künstlerischem Bedürfnis nach „Ausdruck und Gestaltung". Die musikalische Betätigung „gibt mir Wertbewußtsein u. kräftigt mein Selbstgefühl". Mehrfaches öffentliches Auftreten als Violin-Solist war Anstoß zu psychologischen Betrachtungen über das Problem der Selbstbehauptung im Leben. Er kam zu der Feststellung, daß Leistung und Konzentration durch „Eitelkeit" zerstört werden. Ursprünglich ging seine Absicht dahin, Künstler zu werden. Aber die eigne Substanz erwies sich als unzulänglich für das Ideal, er glaubte, daß der Künstlerberuf ihn aufreiben würde. Auch gesundheitlich fühlte er sich den zu hoch gestellten Anforderungen nicht gewachsen hinsichtlich einer von ihm selbst beobachteten Disposition zu Darmkatarrhen und zu „Stockungen" des Blutkreislaufs. Eine Erklärung für das Aufgeben des Musikerberufs findet S. noch in „grüblerischer" Veranlagung. Er schließt seine musikalische Selbstbetrachtungen mit der Feststellung, daß die Kunst des Geigenspiels ihm „eine gute Grundlage von Lebenskunst überhaupt" vermittelt habe.

W. S. fühlt sich zum Lehrer und Forscher berufen. Es entspricht seiner innersten Neigung zu korrigieren. Er glaubt, einen „Sinn für das Richtige" zu haben, kritisiert gern, wobei er sich oft ereifert. In der Unterhaltung versteht er sich nicht auf das Nächstliegende, sondern versucht sofort ins Abstrakte zu gehen. Besonders Frauen gegenüber verschanzt er sich gern hinter einer Pose von Lehrhaftigkeit.

Kennzeichnend für die Art der Lebenszuwendung ist die Sexualität. Mit 25 Jahren fand S. den ersten realen Kontakt. Hierbei wie auch weiterhin machte sich eine gewisse Passivität geltend, insofern er sich jeweils der weiblichen Führung anvertraute. Zunächst war es eine 15 Jahre ältere Witwe, späterhin eine verheiratete Frau in unglücklichen Familienverhältnissen. Das Erlebnis der Einung blieb oft aus. Er konnte sich eines Gefühls von Entkräftung nicht erwehren, zumal der eigne Trieb nicht stark genug war. Die Notwendigkeit der Anregung von außen scheint ein durchgehender Wesenszug der erotischen Struktur zu sein, der das eigentlich aggressive Moment der männlichen Triebkraft fehlt. Hiernach orientiert sich auch das Frauenideal, das dem derben, breitschultrigen ostpreußischen und schlesischen Habitus entspricht. S. selbst ist von schlanker etwas graziler Körperbeschaffenheit. Mit ihrem mehr instinktiven Hingegebensein an das Leben vertritt die Frau für ihn die Welt. „Sie stellt mich in das Leben hinein und reißt mich heraus aus der Einseitigkeit. Für mich allein bin ich mehr geneigt, dem Leben aus dem Wege zu gehen". Die Bedenken, die er einer Ehe entgegenstellt, sind in erster Linie wirtschaftliche. Hiermit verbinden sich auch Insuffizienzgefühle sozialer Art. An eine Heirat knüpft er die Bedingung, daß die Frau keinen Aufwand treibt, dafür desto mehr innere Qualitäten besitzt. Einer Frau mit starkem Temperament gegenüber hat er Unterlegenheitsgefühle.

Mit einem episodenweise auftretenden, zuweilen 6—9 Wochen anhaltenden Verstummen des sexuellen Triebes geht ein vermindertes Leistungsgefühl einher, wobei S. zahlreiche körperliche Beschwerden feststellt: Trockenheit im Munde, Druck in der Lebergegend mit Ausstrahlung in die re. Schulter und Rücken, hartnäckige Obstipation, hell gefärbte Stühle (Latente Hepatopathie?). Die genannten Episoden, die besonders im Frühjahr und im Herbst auftreten, sind verbunden mit Reizbarkeit und Defensivgefühlen dem Leben gegenüber. Das Lebensgrundgefühl ist überhaupt recht labil. Gerade wenn es darauf ankam, die Kräfte auf eine Leistung zu konzentrieren, die ihm soziale Geltung bringen sollte, fehlte ganz plötzlich der Elan.

Die Art der Verarbeitung von Umwelteinflüssen läßt sensitive Züge hervortreten. Gewaltsame Auseinandersetzungen werden gemieden. Gemeinschaft wird als Leiden erlebt mit dem Gefühl des Hergebenmüssens ohne Unterlaß bis zur Erschöpfung. Zu reservierter Haltung ist S. nicht fähig, irgendwie fühlt er sich ständig von der Umgebung verpflichtet. „Es geht mir gleich in die Persönlichkeit hinein". Am Abend pflegt er noch einmal die Tagesereignisse vor seinem Gedächtnis vorüberziehen zu lassen, um aus ihnen die Summe des inneren Gewinnes zu ziehen. Erlebnisse wirken überhaupt lange nach. Das Leben ist für ihn in erster Linie Vorbereitung auf die Zukunft. Erst wenn die Reifung ein ihm ausreichend erscheinendes Niveau erreicht hat, fühlt er sich dem Leben gegenüber genügend „gerüstet". Naives Hingegebensein an die Welt und Vertrauensseeligkeit führten anfänglich zu erheblichen Dissonanzen zwischen Ich und Welt. Er mußte zahlreiche Kränkungen hinnehmen, die Menschen erschienen ihm nicht wohlwollend genug. Auch war er innerlich zu sehr der eignen Gedankenwelt verhaftet um bleibenden Kontakt zu gewinnen. So zog er sich von der Welt zurück, um erst einmal mit sich und der Welt ins Reine zu kommen. Diese Periode der „Weltabgeschiedenheit" dauerte vom 21.—31. Lebensjahr. Ins 23. Lebensjahr fällt ein Erlebnis, das den Verdacht auf einen schizophrenen Schub nahegelegt hat. S. schildert, wie er anläßlich eines Krankenhausaufenthaltes eines Nachts erwachte und unter Freudentränen zu der Erkenntnis gelangte, daß der Umgang mit Menschen für ihn an Problematik verloren hatte. „Ich war glücklich, daß ich gelernt hatte, mich in der Welt zurechtzufinden. Unter der Art der Menschen habe ich gelitten, weil ich bei Unterhaltungen unverstanden blieb oder abseits stand. Nun stellte ich fest, daß ich nur bei mir selbst eine gewisse Überschwänglichkeit auszurotten brauchte. Ich machte mir zur Leitlinie, wahrhaft zu sein, sachlicher und duldsamer gegen Andere". Die Großtuerei der Anderen saß wie ein Stachel in seiner Seele. „Ich glaubte von dem Betreffenden in seiner Selbstgefälligkeit nicht ernst genommen zu werden." Er verlor das Selbstvertrauen. Die Erkenntnis: „Du brauchst nur wahrhaftig zu sein" war Kern des philosophischen Systems und der persönlichen Entfaltung.

Ein langer, schwer empfundener Kampf um die Selbstbehauptung im Leben entwickelte in ihm den Drang, in lehrhafter Form seine Erfahrungen Anderen zu vermitteln, die in dem Satz zusammengefaßt werden können: es sei nicht ratsam, den Menschen sein offenes Herz hinzuhalten, sondern das Gemüt muß durch den Verstand gezügelt und gewappnet werden gegen die Schläge, die die Welt mit ihren vielseitigen Anforderungen austeilt. Das philosophische System ist ihm „Rüstzeug" für das praktische Leben. S. bezeichnet das Werden seiner Weltanschauung auch als „Selbstbesinnung" oder als „Auflösung der landläufigen Begriffe", womit die Erkenntnis von der Sinnlosigkeit des Treibens der Masse und von der Erhabenheit des wahren Lebens über das Niveau

bloßen Genießens gemeint ist. Das System war Ausdruck eines Strebens nach Vollkommenheit, die endgültig imstande ist, den Anforderungen des „Naturgesetzes“ zu genügen. Konsequentes Verharren auf dem gewonnenen Standpunkt gab ihm ein Wertgefühl vor sich selbst und der Allgemeinheit.

Der Inhalt des gedanklichen Systems besteht aus ganz bekannten Vorstellungen. Verwunderlich erscheint nur der Einfluß, den diese Ideen auf Denken und Fühlen ausüben können, daß ihnen sogar die Unversehrtheit der eignen Person unterstellt wird. Der Aufbau nach verschiedensten Grundsätzen, die Verbindung philosophischer und psychologischer Fragestellungen geben dem Ganzen eine etwas ungleichartige Note. Im Vordergrund steht ein Fühldenken, das am Sinnlichen haftet und von Analogieschlüssen beherrscht ist. Eleatische Denkweisen klingen an, man ist versucht, sich der Kugel des Parmenides als Sinnbild des harmonischen, verharrenden Seins zu erinnern. Mit einem Eudaimonismus verquickt sich ein gewisser Nützlichkeitsstandpunkt. Die Konstruktion einer Aufwärtsentwicklung bis zum Stadium der Vollkommenheit ist ein rationalistisches Element im Weltbild. Kantischer Herkunft dürfte die Vorstellung der Übereinstimmung von Individualität und Gesetz sein. Unklar bleibt, was unter Gesetz verstanden sein will. Offenbar sind allgemeingültige Lebensregeln, insbesondere der notwendige Zusammenhang von Ursache und Wirkung im Sinne des Kausalprinzips gemeint. Angesichts dieser Übertragung von Denkgesetzen auf den Ablauf der Geschehnisse erhebt sich für die psychologische Betrachtung die Frage, ob der Kausaltrieb hier nicht eigentlich in dem Wunsch, eine „Revision“ der inneren Einstellung zur Welt vermeiden zu können, d. h. also in einem Bedürfnis nach innerer Vorbereitung auf das Kommende begründet liegt. Nicht unwesentlich dürfte dabei das Vorwalten eines Ordnungsschemas sein, wozu ebensosehr die Orientierung nach Gegensätzen gehört wie der Zwang zu unproduktiven Übungen, die im Wesentlichen auf die Angewöhnung einer beobachtenden, von der Umwelt kritisch distanzierten Haltung abzielen. Das System weist zum Allgemeinmenschlichen nur geringe Beziehungen auf. Man darf sich fragen, ob dies nicht mit einer etwas ichbewußten Lebenszuwendung in Zusammenhang steht. Hierfür würde die Ereiferung gegen die Willkür sprechen, die eigentlich die Ausschaltung des Willens Anderer meint.

Bei Querschnittsbetrachtung der Persönlichkeit ergibt sich zunächst eine etwas eingeengte Erlebnisweise. Phantasiearme, vorwiegend analytische Auffassung kennzeichnet die geringe Durchdringung von Wahrnehmungs- und Vorstellungswelt. Bei Symbol-

deutungen zeigt sich ein Kleben am konkreten Eindruck, Erklärungsversuche lassen neben mangelnder Bildung unzulängliche Einfühlung erkennen. Dies kann ebensosehr Ausdruck von Desintegration wie von Unvermögen zur natürlichen Anpassung überhaupt sein. Auch eine überkritische Haltung mit Haften an der eignen Meinung macht das Eingehen auf einen gebotenen Inhalt im Zusammenhang unmöglich. Wo Beziehungen zur eigenen Gedankenwelt erfühlt werden, ist das Erleben etwas ganzheitlicher. Aus der hieran anknüpfenden Selbstbetrachtung ist eine Neigung zur weltfernen Beschaulichkeit bei gleichzeitiger Sehnsucht nach Lebensnähe zu entnehmen. Es ist begreiflich, daß der Hang zum kritischen Zergliedern nur wenig Raum gibt für das Verstehen von allgemeinmenschlichen Zusammenhängen. Die Kritik verbleibt stereotyp in einer ziemlich oberflächlichen, formalen Ebene, wobei zumeist irgendwelche für den Gesamtaspekt unwesentlichen Einzelheiten herausgegriffen werden. Die Affektivität ist lebhaft, etwas labil. Die vorwiegend reproduktive Intelligenz zeigt Züge ins Pedantische. Es finden sich Anhalte für hypochondrische Selbstbeobachtung, Ehrgeiz und Oppositionstendenzen.

Betrachten wir nunmehr die Eingliederung des philosophischen Systems in die Gesamtpersönlichkeit. Es handelt sich um eine statische, sensitive Natur mit Anpassungsschwierigkeiten, bei der starkes Selbstwertgefühl mit unverkennbarem Leistungsdrang verbunden ist zu ständigen Bemühungen um die soziale Bedeutung. Als Ventil für die sich hieraus ergebenden Spannungen könnten die kritisierenden und lehrhaften Tendenzen aufgefaßt werden. Ebenso erscheint der etwas überschwängliche Rededrang, der sich auch für Unwesentliches schwülstiger Formulierungen bedient, als Äußerung einer gegensätzlichen Merkmalsgruppe, nämlich eines Gemisches von Selbstgefälligkeit und innerer Unsicherheit, die nach Bestätigung sucht. Eine dergestalt geartete Persönlichkeit befindet sich nun in ständiger Auseinandersetzung mit der Welt. Hypochondrie wechselt mit hartnäckigem Streben nach Realisierung der Eigenart. Die Selbstbehauptung wird zum Problem. Das ideelle In-der-Welt-sein pendelt zwischen den Polen des Aufnehmens und Hergebens, und es ist nicht unwesentlich, daß die reale Existenzweise erheblich nach der rezeptiven Seite verschoben ist, während Produktivität als unerreichbares Ideal vorschwebt. In der Unausgeglichenheit und offenen Gegensätzlichkeit zur Welt liegt eine der Voraussetzungen für die Entstehung des philosophischen Systems. Es verleiht inneren Halt und entwickelt nach außen hin an Hand eines richtungsweisenden Prinzips, in dem die Unterordnung des

Individuums unter das Allgemeingültige das Hauptelement ausmacht, die Möglichkeiten der Kontaktfindung. Kritische Vermittlung der eigenen Erfahrung wird zum Vehikel der Selbstbehauptung. Unter Umgehung flotten Draufgängertums realisiert der Beruf des Lehrers das Ideal sozialer Geltung und Autorität. Auch die Übungen gewinnen hiermit besondere Bedeutung. Den Praktiken (Musikexperimenten und Kreisübungen) wird der Sinn eines Gegengewichts gegen „Einseitigkeit" beigelegt. Der Erfolg besteht in Selbstentfaltung und erhöhter Außenweltzuwendung. Das Philosophem, das aus dem Kampf mit dem Schicksal hervorgegangen ist und die Lebenserfahrungen verallgemeinernd zusammenfaßt, dient der „Lebensertüchtigung", d. i. letzten Endes des Aufrechterhaltung des Selbstgefühls und des Eigenwertes. Es wurzelt in Charakterzügen, die der Welt Angriffsmöglichkeiten bieten. —

Ähnlich gelagert ist der genannte Parallelfall des 35jährigen Kinovorführers H. R. Das Weltbild hat folgenden Inhalt:

Ausgehend von der Vergänglichkeit der Welt gilt es, das menschliche Streben nach Glückseligkeit einem höchsten Wert von Ewigkeitscharakter zuzuführen. Dies Lebensziel wird in absoluter Vollkommenheit und Hinwirkung auf das unbekannte Transzendente gesehen, das in Analogie zum indischen Denken als Leere d. h. als nichtstofflicher, das Weltall umspannender Raum, „Träger aller geistiger Schwingungen" aufgefaßt wird. „Auf der Suche nach dem wahren Wesen aller Dinge und der ewigen Natur des eignen Ichs wird die Leere erschaut als das Wesentlichste an allen Dingen und Geschöpfen". Die Erkenntnis der Leere wirkt sich auch auf das Nervensystem aus. Wenn sich die Erkenntnis dem Übersinnlichen nähert, muß auch das Herz den Rythmus der „religiösen Liebe" haben. R. hält sogar auf diesem Wege eine Beeinflussung äußerer Naturvorgänge für möglich. Die Methode, welche das Bewußtsein auf das Niveau des leeren Raumes erhebt, ist der Yoga. Er weist den Weg, auf dem man dazu gelangt, hinter jedem Ding die sich in der Leere abspielende Komponente zu sehen. Letztes Ziel ist Findung des wahren Selbstes, d. i. allgemeinstes Sein. Als Erfolg dieser Bestrebungen ergeben sich, Frieden, Verständnis für die Mitmenschen, Befreiung vom äußeren Zwang. Das Immaterielle ist für ihn der Ausweg aus innerem Unbefriedigtsein über die materielle Welt. Im Mittelpunkt steht die von der Lehre geforderte Innenschau, die zu dem Gefühl der „Reinheit und Unschuld" führt. Im transzendenten Sein ist auch die Gegensätzlichkeit des Lebens ausgelöscht.

Mit dem System aufs engste verbunden sind Übungen, die sich an die Yoga-Vorschriften anlehnen und die R. ganz konsequent mit einem ungeheuren Aufwand an Zeit durchführt. Es sind zunächst allgemeine Lebensregeln, wie Maßhalten, Reinheit an Körper und Seele. Der „Entspannung" dienen verschiedene Haltungen als Vorbereitung zur Meditation. Weitere Übungen (Hatha Yoga, Raja Yoga) haben die Körperbeherrschung bis zur vollkommenen Unterordnung der Organe unter den Willen sowie die „Abschaltung des Denkens und der Sinneseindrücke", womit die Trennung der Wahrnehmungserlebnisse vom Ichbewußtsein gemeint ist, zum Gegenstand. Endlich verfolgen besondere Atemübungen (Paranayama) das Ziel der Beherrschung des bewußten Atems und des Denkens. Das Ganze gipfelt in der Versenkung, bei

der die Aufmerksamkeit von der Außenwelt auf das Innere gelenkt ist. Damit ist die Möglichkeit beschaulichen Nachdenkens über die nächstliegenden Fragen gegeben. Meditation am Morgen wirkt sich aus in „Tonisierung der Psyche", am Abend führt sie zur kritischen Analyse tagsüber empfangener Eindrücke. Das innere Erleben dabei ist das „Ich will keine Gedanken, ich will mich nicht bewegen, nichts hören und nichts sehen". „Trotz der Ruhe ist es ein Kräftespiel, es ist eine Führung und Regulierung der inneren Verfassung ohne Willensbeanspruchung".

Nach Angaben der Mutter macht R. zum Thema seiner Gespräche ausschließlich die Yogalehre, alle andern Dinge, auch solche persönlicher Art, sind für ihn belanglos. Anderweitige Anschauungen hält er für veraltet. „Von seiner Idee ist er ganz besessen". Er bringt seinem Ideal alle Opfer, hungert und friert, er ist entschlossen, dafür sein Leben herzugeben. Mit niemand hat er Umgang. Seine Kleidung ist heruntergekommen. Nie hat er einen Pfennig in der Tasche.

Zum Verständnis der Persönlichkeit ist die Kenntnis der charakterlichen Veranlagung der Familie, die zweifellos ins Psychopathische hineinreicht, nicht unwesentlich. Der Vater war ein hochintelligenter Exportkaufmann, im Wesen hochfahrend, extrem eigensinnig, streitsüchtig, zwischen Brutalität und zerschmelzender Liebenswürdigkeit hin- und hergerissen. Er hatte einen Hang zur Völlerei und zur ehelichen Untreue. Ständig war er unterwegs. Für die Familie hatte er keine Zeit, sorgte aber für ihre materiellen Bedürfnisse. In Mußestunden befaßte er sich mit Malerei und Bau von Schiffsmodellen. Die Ehe war unglücklich. Sein inneres Verhältnis zur Ehefrau — er war 3mal verheiratet — charakterisierte er dahin: „Du bist verheiratet, ich fühle mich nicht verheiratet". Er starb auf einer Auslandsreise an „Leberschwellung". Die Mutter schildert sich als selbstbewußte, etwas starrsinnige Natur, von übertriebener Gewissenhaftigkeit und großem Bildungsdrang. Seit der Scheidung ist sie berufstätig.

Aus der Exploration des R. ist über seine psychische Entwicklung folgendes zu entnehmen:

Nach anfangs kindlicher Zuneigung zum Vater kam es im späteren Kindesalter infolge der zerrütteten Familienverhältnisse und infolge affektiver Ablehnung der despotischen Natur des Vaters, nicht zuletzt auch bei dem Fehlen mütterlicher Fürsorge überhaupt zur vorzeitigen Verselbständigung mit grüblerischen Tendenzen. Das Gefühl der familiären Zugehörigkeit fehlte. „Mein Zuhause war mein Spielzeug". Zwar konnte R. mit dem weltmännischen Vater über alle Dinge sprechen soweit sie eben nicht die persönlichen Belange berührten. Aber das Gemütsleben verkümmerte. Der Vater verstand es durch geeignete Literatur sein Interesse für die Technik zu wecken. Die Realschulerziehung mochte ein Weiteres zu der einseitigen Verstandesbildung beigetragen haben. Die Naturwissenschaften standen im Zentrum des Interesses, die sprachliche Ausbildung wurde vernachlässigt. Mit dem Berufsleben stellten sich Schwierigkeiten in der sozialen Kontaktfindung ein. Seine kühle, etwas überheblich erscheinende Reserviertheit war Anlaß zu mancherlei Angriffen von Seiten der Umwelt. Die Konflikte empfand er als Mangel und erging sich in Selbstreflexionen. Aus einer etwas gewollten Haltung von Erhabenheit heraus setzte er sich nicht zur Wehr. Ehrgeiz lag ihm fern. Das Gefühl, „zu etwas Besonderem dazusein" oder „etwas Großes leisten zu müssen für die Allgemeinheit" lenkte seine Lebensgestaltung auf hohe Berufsziele. Er studierte Chemie mit der Absicht, Wissenschaftler und Erfinder zu werden. Den Unter-

halt verdiente er selbständig, um nicht vom Vater abzuhängen. Kaufmännische Tendenzen ließen ihn bald Wohlstand erstrebenswerter erscheinen. Er ließ seine wissenschaftlichen Pläne wieder fallen. Die allgemeine ungünstige Wirtschaftslage und eigner wirtschaftlicher Niedergang mit dem Tode des Vaters zwangen ihn 1931 zur Aufgabe seines Chemiestudiums nach 12 Semestern, innerhalb deren er lediglich das 1. Verbandsexamen abgelegt hatte. Das Interesse „verschob" sich nunmehr auf philosophische, psychologische und religiöse Fragen. Er betrachtete das Leben. Es interessierten ihn psychologische Zusammenhänge, die hinter den wirtschaftlichen und politischen Erscheinungen standen. Der Kampf um die Erhellung selbst gesehener Probleme hatte vorübergehend auch körperliche Schwächezustände zur Folge, die vom Arzt als Herzneurose bezeichnet wurden und unter Symptomen von „Aussetzen des Herzschlags", Bewußtsein des „Aufhörens" der Existenz, „Angst vor der Leere" verliefen. Dies wiederum war Ausgang weiterer „biologischer" Betrachtungen, im Verlauf deren er erkannte, daß „durch Änderung der Atmung die Herztätigkeit verbessert werden kann". Er befaßte sich mit Sport. Über seine Lage bemächtigte sich seiner eine tiefe Unzufriedenheit. „Ich hatte Einblick in die größten Probleme, war ein intelligenter, weit über dem Durchschnitt stehender Mensch und doch nur ein Arbeitsloser". Die Suche nach Arbeit hatte er im Hinblick auf die Aussichtslosigkeit eingestellt (vor 1933). Zwischen der sozial völlig bedeutungslosen Stellung und dem Streben nach Mitarbeit an den allgemeinen Kulturaufgaben war die Spannung ins Unerträgliche gestiegen. In dieser Zeit machte er verschiedene schriftliche Eingaben an die Regierung, die sich mit der Begründung eines „Rates der Weisheit" aus verschiedensten Fachvertretern befassen. Späterhin erfolgte eine Art Anpassung an die Lebensbedingungen, er reduzierte seine Anforderungen ans Leben und nahm die Notdürftigkeit gern in Kauf für die persönliche Freiheit, die ihm das berufslose Leben gab. „Dadurch änderte sich das Ichproblem. Zuerst glaubte ich mein Selbstbewußtsein durch wissenschaftliche Tätigkeit befriedigen zu müssen. Auch bei materieller Notlage änderte sich das Selbstbewußtsein nicht. Aber ich erkannte, daß das wahre Ich nicht an weltliche Dinge gebunden sein kann. Die geistige Orientierung erhöhte mein Selbstbewußtsein".

Was die Sexualität anlangt, so hat R. im Anfang des 3. Lebensjahrzehntes wiederholt aus eigner Initiative heterosexuelle Beziehungen aufgenommen, die aber nur von kurzer Dauer waren und jeweils in den Zustand starker Ernüchterung und Enttäuschung ausklangen. Persönliche Sympathiegefühle waren selten im Spiel. Die Realisierung des stark vergeistigten Frauenideals glückte bisher nicht. Die Erfahrungen auf erotischem Gebiet werden dahin zusammengefaßt, daß sich verheiratete Frauen seinen Ideen eher zugänglich zeigten als die unverheirateten. Diese schätzen den Mann einseitig nach seiner sozialen Bedeutung ein und müßten daher zu einer negativen Beurteilung seiner Person gelangen. Allgemein sind Frauen für ihn zu egoistisch und zu kritisch. Einer Ehe steht R. gänzlich ablehnend gegenüber. „Die Ehe ist ein Zwang, der das natürliche Verhältnis stört. Wenn sich zwei Menschen lieben, bleiben sie ohnehin zusammen. Das eheliche Versprechen mindert die Bereitwilligkeit der gegenseitigen Anpassung". Die Auseinandersetzung mit dem Sexuellen ist aber für ihn ein längst überwundener Standpunkt, weil er sich einem Sportler gleich als im Training befindlich ansieht und alle vitalen Energien auf die Erreichung eines Zieles konzentrieren zu müssen glaubt. Unter dem Einfluß der Yogalehre will er die Fähigkeit erlangt haben, die Triebkräfte

durch Bewußtmachen aller Stadien der sexuellen Erregung zu „vergeistigen". Seit 3 Jahren lebt er in dieser Weise abstinent. Durch Einschalten des bewußten Willens sieht sich R. auch imstande, den Ablauf nächtlicher, mit erotischen Träumen einhergehender spontaner Mechanismen zu kupieren.

Eine mit dem Vater im Alter von 25 Jahren unternommene Ostasienreise brachte ihn mit indischen Gedankengängen in Berührung. Intensiver mit Yoga befaßt er sich seit 3 Jahren, angeregt durch einen Zeitungsartikel über autogenes Training. Es begann mit einer spontanen Meditation. Unter dem Druck der Armut hatte er das Bedürfnis, sich zu versenken, „vor allem auch um eine Klärung zwischen der wirtschaftlichen Lage und den eignen Ansprüchen herbeizuführen. „Ich erkannte, daß ich keinen Beruf ergreifen konnte, weil ich zu stark vergeistigt war. Die Meditation ermöglichte mir den Übergang vom Geistigen zum Biologischen. Ich kann damit zu dem Entschluß, in wirtschaftlicher Hinsicht mehr Aktivität zu entwickeln". So suchte er sich nacheinander einen Verdienst als Gärtner, Heizer, Hauslehrer, Werbeagent für eine Parzellenfirma, schließlich als Kinovorführer. Die Yogalehre ist ihm eine zentrale Lösung des Problems der „Lebensnähe", das sich um die Auseinandersetzung mit dem Leben und der Welt dreht. Damit hatte er die Daseinsform gefunden, die seinem Selbstgefühl am adäquatesten war. Es ist nichts mehr und nichts weniger als ein Leben in Harmonie mit der Natur. Die Welt ist für ihn etwas „rein Gegenständliches". „Die Aktivität ist stillgelegt, die gesamte Kraft verbrauche ich für mein Innenleben". Als erwünschter Nebeneffekt ergibt sich durch den Yoga höchste Leistungsfähigkeit innerhalb des Berufs, den er ganz mechanisch und ohne Energieaufwand auszuüben in der Lage sei. Als zukünftiges Ideal schwebt ihm eine Lehrtätigkeit auf den Gebieten der Mathematik, Philosophie, Fremdsprachen, nicht zuletzt des Yoga vor. Er nähert sich damit dem Ziel einer geistigen Menschenführung. R. läßt es offen, ob dies nicht überhaupt die geheime Triebkraft seiner bisherigen Entwicklung gewesen. Er gibt zu, daß das Streben nach Macht und Welteroberung eine Rolle spielt, sofern unter Welt etwas Geistiges und Transzendentes verstanden wird. Auch ein Heiliger kann ja durch sein Beispiel eine Welt erobern. Er selbst fühlt sich allerdings nicht als Heiliger und der Gedanke, als Heiliger verehrt zu werden, belustigt ihn. Aber „wenn ich meinen Körper beherrsche, so habe ich damit auch Gewalt überAndere. Das ist nicht Ziel, sondern Nebenwirkung". Propagandistisch für seine Philosophie einzutreten, widerstrebt ihm. „Ich kann den Anderen nur geben, wenn sie als Gleichgesinnte zu mir kommen". Trotz des Bestrebens nach persönlicher Isolierung fühlt R. eine gewisse Verantwortlichkeit gegenüber den universalen Menschheitsproblemen. „Das Ich ist vom geistigen Wir nicht zu trennen". Nach seiner Vorstellung ist die Welt ein „Marionettentheater", in dem die Menschen wie durch Fäden verknüpft und im „geistigen Wir" zusammengefaßt sind. „Ich fühle mich in der Meditation oft eins mit den Menschen". Aus der Gleichheit von Ich und Wir ergibt sich auch die Aufgabe zu helfen, d. h. die Menschheit von den Irrwegen ab- und zum Schöpfungsprinzip hinzulenken oder die Annäherung an das Höchste dem „Wir" zu ermöglichen. „Indem ich das vorlebe, kann ich vielleicht Anderen helfen."

Das Ziel des Yoga ist letzten Endes die restlose Beherrschung aller Lebensfunktionen im Sinne der Aufhebung des Unterschieds von Tod und Leben. R. ist sich bewußt, daß dies schlechterdings die unerfüllbare Sehnsucht eines jeden sei. Seine Person befinde sich schon nicht mehr in der Welt gemeinhin, sondern im Zustand des „vollendeten Überich und des Überbewußtseins". Er bedürfe

der Selbstbestätigung von außen nicht mehr. Er ist sich selbst zufrieden im Streben nach dem Transzendenten als der wahren Glückseligkeit. Welt ist nur Schein. „Ich habe mir die höchsten Dinge durch Entsagung der gewöhnlichen Welt erobert." Jetzt stünde das gesamte Triebleben unter Bewußtseinskontrolle. Er hat der Welt gegenüber ein Überlegenheitsgefühl, so daß diese ihm keine Reize mehr zu bieten vermag. Schon als Knabe hatte er dies Selbstbewußtsein. „Aber es war nicht gegenständlich, sondern es kam aus dem Unbewußten. Früher habe ich um die Manifestierung dieses Gefühls gerungen, mit dem Yoga habe ich es vollkommen erfüllt, dadurch bin ich mir selbst genug." — Die soziale Stellung ist ihm nunmehr völlig gleichgültig, der Anschluß an eine Gemeinschaft unmöglich. „So wie ich, kann keiner leben." Er steht unter dem Eindruck eines Gefühls von Andersartigkeit. „Ich will mich nicht distanzieren, ich strebe nur nach einem Vorbilde, das sich aus meinem Unterbewußtsein an die Oberfläche gedrängt hat und das ich bis in die letzten Konsequenzen hinein ausgebildet habe."

Es handelt sich bei diesem Weltbild um ein sehr einheitliches, der indischen Philosophie entlehntes spekulatives System, an dem zunächst die nachdrückliche Betonung der Jenseitsidee auffällt. Dies scheint auf einer von vornherein nihilistischen, — oder zumindest durch Erfahrung dazu gewordenen, — Lebenshaltung zu beruhen. Ein stark abstrakter Denker glaubt das Leben in eine Hierarchie von Begriffen eingefangen zu haben, deren oberster für ihn das Wesentliche der Dinge überhaupt ausmacht. Ähnlich dem transzendentalen Begriffsrealismus Platons, Hegels u. a. gelangt R. mit fortschreitender Verallgemeinerung zu einer Gedankenwelt hinter den Erscheinungen und verdinglicht diese dann als eigentlich seiend. Die höchste Abstraktionsstufe stellt das letzte synthetische Prinzip dar, das gleichgestellt wird mit allgemeinster geistiger Form, Vollkommenheit, Transzendenz, leerem Raum. Das System bedient sich weiterhin eines Mystizismus, der ein inhaltleeres Erleben durch Befreiung vom gegenwärtigen Ich und von der gegensätzlichen Außenwelt anstrebt. Sinn der damit verbundenen asketischen Praktiken ist die Herrschaft über Leben und Erleben. Eben mit dieser Askese gedenkt sich ja auch der Yogin Welt und Götter zu verpflichten. Das Ganze erscheint als Gedankenkonstruktion, der keinerlei Erkenntniswert im Sinne kritischer Sichtung der Erfahrungsinhalte zukommt. Wenn trotzdem ständig von Erkenntnis die Rede ist, so will damit wohl auch nur die Einsicht in den Aufbau des Systems gemeint sein, das ganz auf theoretische Fundierung der psychologisch viel bedeutsameren körperlichen Übungen hinausläuft. Die Gliederung des Systems erfaßt nämlich auch den Leib, so daß trotz der angestrebten Lösung von Geist und Körper ein inniges Körper-Geist-Verhältnis resultiert. In der Verbindung von körperlich-anschaulichem und abstraktem Denken gibt sich eine gewisse urtümliche Denk-Struktur zu erkennen.

In den Grundzügen finden sich bei R. die gleichen psychischen und charakterlichen Zusammenhänge wie bei S. nur in erheblich stärkerer Ausprägung, vor allem was kritisch-analysierende Einstellung zum Erlebnis und Starre des Denkens anlangt. Es ist mehrfach zu beobachten, wie der Ansatz zu gefühlsmäßiger, instinktiver Hingabe zu Gunsten dieser Tendenzen aufgegeben wird. Der Welt gegenüber bewahrt R. eine stark nach innen gewendete Existenzweise mit Blickrichtung in die Vergangenheit und weltflüchtiger Neigung. Er verharrt unbeeinflußbar auf dem einmal eingenommenen Standpunkt. Starke Ichbetontheit gestattet nur ein beschränktes Maß von Einfühlung und Anpassung. Nach außen hin erscheint der Antrieb lahm. R. macht einen übertrieben ausgeglichenen Eindruck. Den praktischen Dingen steht er oft in kindlicher Unbeholfenheit gegenüber. Er ist der Typ des Fanatikers und weltfremden Sonderlings. Ständig ist er durch die Gestaltung des eigenen Ich beansprucht. Während nur der geringste Teil des Tages der Arbeit gilt, ist die größere Tageshälfte den Meditationen gewidmet. „Ich brauche ein ungeheures Maß von Freiheit für mein Innenleben". Als Parallelerscheinung hierzu zeigt sich im Triebleben neben sprunghaftem, im Körperlichen verbleibenden Kontaktvollzug Unfähigkeit zur persönlichen Fühlungnahme überhaupt.

Wenn man diese autarkische Persönlichkeit, der starkes Eigenwertgefühl bei organisatorischem Unvermögen eigen ist, ihrem Lebensschicksal gegenüberstellt, so ergibt sich ein ständiges Mißverhältnis zwischen Plänen und Lebenslage. R. ist eine von jenen zersplitterten Naturen, die sich, durch eine Vielzahl von Zielsetzungen hin- und hergeworfen, stets mit neuen Ideen identifizieren, denen aber die Nachhaltigkeit in der Zielverwirklichung fehlt. Dies gilt auch für R., zumindest vor Entwicklung zum Fanatismus. Mit der fehlenden geistigen Zentierung geht die Lösung des Verstandes aus dem gemütlichen Zusammenhang parallel, wie sie kennzeichnend ist für die überwiegende Desintegration der seelischen Schichten. Im ständigen Kampf um die Meisterung der Lebenssituation liegt auch hier der Antrieb zur Systembildung. Indem der Schwerpunkt des Wertlebens von der Außenwelt zurückgezogen und auf das Niveau des rein Geistigen verschoben wird, ist eine völlig ideegemäße Lebensformung gewährleistet. Wesentlich hierbei ist die Meditation, die ja unschwer als Abkehr von der unbefriedigenden Wirklichkeit zu erkennen ist und mit den psychogenen Dämmerzuständen verglichen werden kann. Die Selbstversenkung ist ein Versuch der seelischen Neugestaltung. Aus der Antriebslahmheit heraus wird unter Verkennung der psy-

chologischen Gründe des Versagens das eigne seelische Problem auf die Welt übertragen und die Not zur Tugend gemacht. Die sich „nach innen" entfaltende Aktivität erhebt das „vergeistigte" Ich zum Normprinzip, das die Bedeutung eines „wahren", in der Welt allein maßgeblichen Beziehungszentrums erlangt, wogegen die Wirklichkeit ignoriert wird. Die dem System entgegenstehende und unbequem gewordene Körperlichkeit mit ihren Bedürfnissen wird im Zuge dieser Verabsolutierung des Ich, die ja nichts anderes als eine Flucht ins Unpersönliche ist, mit weltlicher Genußsucht im weitesten Zusammenhang gleichgestellt und ausgeschaltet durch ein mystisches „Bewußtmachen" der Bedürftigkeit. Dies ist nichts anderes als ein apperzeptiver Akt, der sich auf die Vergegenständlichung einer Triebregung erstreckt und aufgehoben wird in der Meditation oder in analysierender Selbstbetrachtung. Der Hinweis darauf, daß diese dauernde Ausschaltung des Leibes durch eine seelische Haltung nur auf entsprechender konstitutioneller Grundlage denkbar ist, erscheint überflüssig. R. hat sich mit der Yogapraxis ein Verteidigungs- und Ausgleichsystem geschaffen, das bei gleichzeitiger Distanz von der Welt eine Sättigung des Selbstgefühls ermöglicht, insofern die Erfüllung der ins Geistige gerichteten Ambitionen durch die Vorspiegelung unerhörter Kräfte von einer Erhöhung des Selbstwertes gefolgt ist. —

Die dargestellten Fälle lassen als Grundlage philosophischer Systembildung ein Bedürfnis nach harmonischer Ausgeglichenheit zwischen Innen- und Außenwelt erkennen. Gemeinsam ist der gestörte Zusammenhang zwischen seelischer Substanz und Ideenwelt. Dem entspricht auch die Erschwerung des Kontaktfindens und Einfühlens ins Symbolische. Das aus der Wechselwirkung von Erfahrung und Gestaltung hervorgegangene System ist Existenzschema, das die Angleichung an das Schicksal erlaubt und die Spaltung zwischen Ichideal und Gegenwarts-Ich aufhebt. Wesentlich ist hierbei der selbstauferlegte Zwang zu bestimmten Übungen, die in Auswirkung eines unklaren Machttriebes das Gleichgewicht zwischen seelischen Strukturgegensätzen vermitteln sollen zur Erlangung von „Reife" und „Vollkommenheit". Unter dem Gesichtswinkel einer Kulthandlung gesehen, vollzieht sich in diesen Übungen die Einswerdung mit dem Ideal. S. verfolgt mit dem System das Ziel der Erhöhung seelischer Resistenz. Das „Transzendente" ist bei R. ein die Realität ersetzendes verallgemeinerndes Prinzip, das in dem Bewußtsein der Erkenntnis des Wesens der Dinge eine Welt- und Lebensbeherrschung im Symbol darstellt. S. versucht die praktische Verbindung zwischen Ich und Umwelt,

R. stellt sich außerhalb der Welt, läßt aber die Möglichkeit des „geistigen“ Wirkungszusammenhanges mit ihr offen. Wir befinden uns hier augenscheinlich an den Quellen der Weltanschauungsbildung überhaupt. Auch allgemein entspringt ja das Bedürfnis zu philosophieren dem Streben zum Unbedingten jenseits des Welt-Ich-Verhältnisses. Der in jedem Menschen wirksame spekulative Trieb zur synthetischen Schau möchte den ganzen Inhalt der Welt in sich begreifen. Bis dahin bleibt der Zusammenhang psychologisch verständlich. Krankhaft sind die Beziehungen des logisch richtig aufgebauten Systems zur übrigen Persönlichkeit, erkennbar an dem Enthusiasmus und an dem Außerachtlassen des Wirklichkeitsrapports. Das gleicht der unechten Affektsteigerung als kompensatorischem Vorgange.

Psychopathologisch betrachtet, eröffnen sich Parallelen zum Problem der Überwertigkeit und der Paranoia. Auf den Zusammenhang des Fragenkomplexes mit der Affektivität haben *Specht*, *Bleuler*, *Birnbaum* hingewiesen. Andere (*Kraepelin*, *Bleuler*, *Stertz*, *Loeb*, *Horstmann*, *Schneider*, *Aschaffenburg*) stimmen — besonders, was die forensische, durch die betonte Gegensätzlichkeit zum Allgemeinen verursachte Komplikation anlangt, — in der Annahme einer besonderen seelischen Veranlagung überein, die sich als ein Antagonismus zwischen Selbstüberschätzung, Geltungssucht einerseits, Neigung zu Insuffizienzgefühlen andrerseits darstellt. Auch auf die Bedeutung von Erlebnis und Lebenslage wird hingewiesen (*Kraepelin*, *Lange*, *Gaupp* u. a.). Ähnliche Zusammenhänge liegen, wie ersichtlich, den oben dargestellten Fällen zu Grunde. Eine Analogie zu dem sensitiven Beziehungswahn dürfte darin liegen, daß bei erschwerter Distanzierung vom Erleben die intensive Erlebnisverarbeitung in einen „selbständigen, bewußten, sekundären Denkmechanismus“ (*Kretschmer*) übergeht. Aber weshalb entwickelt sich dann im einen Falle ein überwertiges, im andern ein wahnhaftes Ideensystem? Fließende Übergänge können die Unterscheidung zuweilen unmöglich machen (*Aschaffenburg* u. a.). Krankhafter Fanatismus hängt mit einem Dauerkonflikt zusammen, der reaktive Wahn geht aus einem Schlüsselerlebnis hervor. Aber das ist unwesentlich. Vielleicht liegt ein tieferer Unterschied darin, daß der fanatische Verfechter überwertiger Ideen seinen Konflikt auf der seelisch-geistigen Ebene der Gedankenrealität, wo Denken das Surrogat des Handelns ist, als gelöst ansieht, und daß sich bei ihm das Selbstgefühl stärker erweist als die Erfahrung, wobei die Triebfedern zur Entwicklung des Gedankensystems in instinktiven Ausgleichsmechanismen zu suchen sind. Gemeinsam ist eine ins

Paranoische gehende Ichstruktur im Sinne *Betzendahls*. Ohne daß das Bild als voll entwickeltes paranoisches anzusprechen wäre, dürften auch für die dargestellten Fälle Schwierigkeiten der Selbstentfaltung, Anklammern an ein Wertschema als Richtungsweiser des Handelns, nicht zuletzt Erschwerung des unmittelbaren Kontakts das Wesentliche des seelischen Gefüges ausmachen. Was nun die von anderen Autoren erwähnte, mit Insuffizienzgefühlen kontrastirende Selbstüberschätzung anlangt, so handelt es sich wohl nicht um einfache Geltungssucht. Dies müßte auch in anderweitiger, vielleicht hysterischer Symptomengestaltung zum Ausdruck kommen. Verfolgt man den Strukturzusammenhang, der als Geltungssucht erscheint, weiter, so trifft man zunächst auf die Auseinandersetzung der Persönlichkeit mit einer in dem Verhältnis von Wertfühlen und Wirbeziehung gelegenen Störung. Das unproblematische In-der-Welt-sein besteht in einer vom Selbstbehauptungswillen getragenen und von der Wirklichkeit korrigierten Sinngebung des Daseins, womit die eigne ichgemäße Tätigkeit und deren kollektive Auswirkungen festgelegt sind. Diese Stabilisierung des Ich-Umweltverhältnisses im natürlichen Beruf ist im Falle überwertiger Philosophembildung unterblieben, weil das rein interpretative Moment die Realisierung des Ziels überwiegt. Der „Beruf“ besteht hier im ständigen Bemühen um die Schaffung eines ideellen Daseins- und Ichwertes, der die Lösung des eignen Problems symbolisiert und zur Matrix der Ichentwicklung wird, der daher immer wieder von neuem erlebt sein will. Darin liegt die eine Wurzel des Fanatismus. Es ist ein Ausweg aus der Daseins- und Charakterantinomie, bei dem sich die Existenzweise gleichsam als ein „Aufgehängtsein“ am Absoluten darstellt (vergl. die Vorstellung R's). Hier hat das System im eigentlichen Sinne die Bedeutung einer „Prothese“ *(Betzendahl)* oder von „Armierung der eignen Position“ *(Lersch)*, wodurch erst das „selbstverständliche“ In-der-Welt-sein ermöglicht ist. Es sei auch an die Philosophen aus Instinktschwäche erinnert, die *Nietzsche* in der „fröhlichen Wissenschaft“ kennzeichnet: „Der kranke Leib“ treibt sie zur Verkleidung ihrer „physiologischen“ Bedürfnisse unter dem Mantel des Ideellen. Die andere Wurzel des Fanatismus dürfte in expansiven Tendenzen zu suchen sein: Das gesättigte Wertgefühl ist nunmehr nach vollzogener Kompensierung in ein Machtbewußtsein übergegangen, das nach Gegensätzlichkeit zur Umwelt und Dienstbarmachen durch selbsttätige Wertbestimmung drängt. Dies sind nicht eigentlich asoziale Tendenzen; die Besonderung entspringt einem Streben nach Werterhöhung vor dem Selbst und der Allgemeinheit. Die angestrebte Originalität

wird weniger durch den Inhalt des Systems erreicht als durch die „innere Haltung“ *(Zutt)*, die das Bewußtsein des Wagnisses und der eignen Kraft vermittelt, woraus die enthusiastische Anteilnahme der Gesamtpersönlichkeit erhellt. Die größere Bedeutsamkeit der Form im Vergleich zum Inhalt ist auch aus der Verschleierung des Blicks für andere Probleme ersichtlich. Man mag hierin den Ausdruck der inneren Erstarrung oder sterilen Unipolarität des Denkens sehen, das noch obendrein den Anspruch auf Notwendigkeit und Allgemeingültigkeit erhebt. Die Fiktion der Allgemeingültigkeit geht aber aus dem Hineinstellen des inneren Erlebens in den Vernunft-Zusammenhang hervor. Hierdurch bekommt das System erst die Signatur des Fundamentalen, Beharrenden im Vergleich zur Veränderlichkeit der Erfahrung. Im Vollzuge der Identifikation hiermit wird das Ich zum absoluten Prinzip des Seienden selbst. So führt das überspitzte Wertbedürfnis zu einer eigentümlichen Verpflichtetheit der Welt gegenüber und das eigne Denkergebnis wird für wertvoll genug gehalten, der Mitwelt als Wegweiser zu dienen.

Die inhaltliche Gestaltung der überwertigen Ideen-Systeme in gleicher Weise wie der echten Wahnsysteme entspringt dem weltanschaulichen Erleben. Vom Weltbild des „Normalen“ zur Überwertigkeit, vom dämonischen Selbstgefühl bis zur wahnhaften Vergegenständlichung des Ich bestehen fließende Übergänge. Auch der Wahn erscheint zuweilen geradezu als verstandesmäßige, dem Welt-Ich-Verhältnis entstammende Konstruktion, die nur eine innerlich gefühlte „Leere“ im unmittelbaren Erleben ausfüllt.

Schrifttumverzeichnis

Aschaffenburg, Im Handb. d. ärztl. Erf. im Weltkrieg 1914/18, hersg. v. *Bonhoeffer*. — *Betzendahl*, Krüppeltum, Erlebnis u. Entartung bei der Paranoia. Mschr. Psychiatr. Bd. 99 (Bonhoeffer-Festschr.). — *Bleuler*, Lehrbuch 1930. — Derselbe, Affektivität, Suggestibilität, Pananoia. 1906. — *Birnbaum*, Die psychopathischen Verbrecher. 1914. — *Gaupp, E.*, Die Tendenz d. Entwicklg. d. Psychiatrie in Deutschland. Znbl. 93. 198. — *Geier, T.*, Zur Paranoialehre. Ztschr. f. Psychol., Neurol. und Psychiatr. Bd. 1. 1922. Zbl. Bd. 33. 1923. — *Horstmann, W.*, Religiosität oder Wahn? Zt. Neur. Bd. 49. 1919. — *Höcker, Karl*, Phänomenologie des religiösen Gefühls. Hdbch. d. biol. Arbeitsmethoden. Hrsg. Abderhalden. Znbl. Bd. 36. 1924. S. 223. — *E. R. Jaensch*. Grundformen menschl. Seins. — *Jaspers*, Psychologie d. Weltanschauungen. 1925. — *Kraepelin*, Einführung i. d. psychiatr. Klinik. 19ä1. — *Köppen*, Über einen reinen Fall von überwertiger Idee. Charité-Analen 1905. — *Lange, J.*, Dienstverweigerung aus religiösen Gründen. M. m. Wchschr. 1937. I. — Derselbe, Über Paranoia u. paranoide Psychopathen. Znbl. Bd. 36. 1924 (Sitzgber.) — *Lersch, Ph.*, Aufbau des Charakters. 1938. — *Loeb*, Dienstverweigerung aus

religiösen Gründen. Psychiatr.-neur. Wchschr. 1918/19. — *Marienfeld*, Über einen Fall von Kriegs-Dienstverweigerung aus religiösen Gründen. Psychiatr.-neur. Wchschr. Jg. 25. 1923. — *Molochow*, *A. N.*, Über die paranoische Entwicklung. Trudy psichiatr. Klin. 4. 1934. Znbl. 79. 1936. S. 214. — *Mossow*, *H. W.*, Zur Frage der überwertigen Ideen. Trudy psichiatr. Klin. 4. 1934. Znbl. 79. 1936. S. 213. — *Müller de la Fuente*, Fanatismus. D. m. Wchschr. 1930. II. 1402. — *Reichert*, *W*. Grundformen d. Weltanschauung. Vjschr. Jugendkde. 2. 1932. Znbl. 66. 1933. 562. — *Runze*, *G.*, Psychologie d. Religion. Kaffkas Handb. d. vergl. Psychol. — *Schneider*, *C.*, Die psychopath. Persönl. in Aschaffenburgs Handb. d. Psychiatr. — *Stertz*, Verschrobene Fanatiker. Berl. klin. Wochr. 1919. I. 586. — *Störing*, *W.*, Beitrag zur Paranoiafrage. Arch. Psychiatr. 97. 1932. 270. Znbl. 66. 1933. 643. — *Zutt*, *J.*, Die innere Haltung. Mschr. Psychiatr. Bd. 73. 1929. S. 52, 243 u. 330.

Die Ingredienzien der Persönlichkeit bei exogenen Reaktionsformen Ein Fall von symptomatischer Psychose bei Vitium cordis[1])

Von

Dr. **Ernst Kluge**

Assistent der Klinik

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité. Direktor: Geh. Rat. Prof. Dr. *Bonhoeffer*)

(Eingegangen am 15. Dezember 1940)

Es soll hier ein Fall von symptomatischer Psychose bei Vitium cordis vorgestellt werden. In diagnostischer Hinsicht machte er keine Schwierigkeiten, Krankheitsbild und Verlaufsform entsprachen den Prädelektionstypen, die man bei solchen Schädigungen sieht. In einer besonderen Hinsicht schien uns aber das vorliegende Krankheitsbild von Interesse zu sein.

Die Tatsache, daß bei den symptomatischen Psychosen „der Mannigfaltigkeit der Grunderkrankungen eine große Gleichförmigkeit der psychischen Bilder entgegensteht", führte zu dem Postulat der ätiologischen Zwischenglieder in der *Bonhoeffer*'schen Lehre. Es wird eine von den verschiedenen äußeren Schädlichkeiten vermittelte Reaktionsform des Gehirns angenommen, die im wesentlichen einheitlich ist. Allerdings kämen je nach Art der Grundschädigung gewisse Zustandsbilder und Verlaufsformen häufiger vor. Es ergibt sich zum Beispiel ein Vorwiegen ängstlicher Zustände bei psychischen Störungen infolge von Herzkrankheiten. Es ist nun davon gesprochen worden, daß bei der Gestaltung symptomatischer Psychosen die Konstitution der erkrankten Persönlichkeit neben der exogenen Schädigung eine wichtige Rolle spielt. Man folgert aus der Tatsache, daß dieselbe exogene Schädlichkeit durchaus nicht bei allen betroffenen Personen zu psychotischen

[1]) Der Fall wurde am 11. 4. 1938 in der Berliner neurologischen Gesellschaft vorgestellt.

Entwicklungen führt, daß dabei auch endogene Faktoren im Spiele sind. *Seelert* spricht von der engen Verbindung des endogenen und exogenen pathogenetischen Faktors. *Fischer* weist auf die Rolle der inneren Sekretion hin, in deren Funktionssphäre er die ätiologischen Zwischenglieder sucht. Es würden bei der exogenen Psychose „vorgebildete und bei Anlageschwäche funktionsbereite Mechanismen ausgelöst". Trotzdem kommt es bei den exogenen Reaktionstypen zu keiner fortschreitenden Wahnbildung. Es bleiben nach Abklingen der psychotischen Erscheinungen keine Defektzustände zurück, der Kern der Persönlichkeit bleibt erhalten. Im Verlaufe der Erkrankung ist die psychische Veränderung meistens eng an das körperliche Substrat gebunden. So ist also die Wirkung des exogenen Faktors bei der Entstehung der symptomatischen Psychose eine überwiegende.

Einfluß gewinnt die individuell-konstitutive Struktur der einzelnen Persönlichkeit hauptsächlich auf die Gestaltung der Psychose. Einzelzüge des psychischen Zustandsbildes werden von ihr geprägt, besonders, wenn die äußere Schädlichkeit nicht zu mächtig ist und die rein exogenen Prädilektionstypen die individuellen Züge nicht zu stark verdrängen. Welche Rolle die Erlebnisse, die Lebensgeschichte eines Individuums bei der Gestaltung einer symptomatischen Psychose spielen, hat *Betzendahl* gezeigt. Auch die Vorstellung unserer Kranken soll nur einen Beitrag dazu liefern, welche pathoplastische Bedeutung die Persönlichkeit und ihre Geschichte für die äußere Prägung einer symptomatischen Psychose hat.

Die Patientin, eine Angestelltenwitwe von 37 Jahren, wurde am 25. Januar 1938 in der I. Med. Klinik der Charité aufgenommen. Sie hatte im Jahre 1917 im Alter von 17 Jahren eine Polyarthritis durchgemacht und leidet seitdem an einem Herzfehler. 1935 war sie wegen einer Herzdekompensation schon einmal auf der Medizinischen Klinik. Nach einer Digitaliskur hatte sich der Zustand wieder gebessert. Sie bot damals in psychischer Hinsicht nichts Abnormes. Jetzt suchte sie erneut mit Oedemen, Cyanose und Leberstauung die Klinik auf. Sie wurde sofort mit Strophanthin und diätetischen Maßnahmen behandelt. In der ersten Zeit sei sie ganz ruhig gewesen, ungefähr nach einer Woche habe sich das geändert. Sie sei unruhig, verlasse oft das Bett und wandere im Saal umher. Über ihrem Bett sei eine Lampe und von der ginge Strom auf ihren Körper über. Hin und wieder habe sie Erregungszustände bekommen, habe den Saal verlassen und sei in Krankenkleidung bis zur Pforte gegangen. Sie habe dann gefordert, entlassen zu werden; sie sei ganz gesund und unnütz im Krankenhause. Örtlich und zeitlich sei sie während dieser Zustände nicht orientiert gewesen. Am 8. 2. 1938 wurde sie in die Nervenklinik verlegt. Die körperliche Untersuchung ergab eine starke Cyanose. Es bestanden Oedeme an den Unterschenkeln, besonders in der Knöchelgegend, die Herzgrenzen waren nach rechts und links verbreitert, der Puls war unregelmäßig

und langsam. Über der Herzmitte hört man ein weiches diastolisches Geräusch. Der Blutdruck war nicht erhöht. Der Leib war weich und etwas druckempfindlich, der Leberrand stand 3 Finger breit unterhalb des rechten Rippenrandes. Neurologisch fand sich bei der Untersuchung nichts Krankhaftes. Es handelte sich nach dem Befunde um ein kombiniertes Mitralvitium in dekompensiertem Zustande. Die Patientin erhielt von Anfang an Herzdiät, sie wurde mit geringen Dosen Strophantin und harntreibenden Mitteln behandelt. Die Oedeme waren im Verlaufe von ca. 10 Tagen ganz zurückgegangen und die Patientin hielt sich seitdem an der Grenze der Dekompensation. Als das Strophanthin fortgelassen wurde, traten sofort wieder Oedeme und eine stärkere Cyanose auf.

Die Patientin wurde nach ihrer Aufnahme in die Klinik in den Wachsaal gelegt. Dort lag sie ganz ruhig da, war nicht mehr bettflüchtig. Sie suchte in keiner Weise Kontakt mit ihrer Umgebung. Meistens lag sie mit ängstlichem Gesichtsausdruck da, gab aber sehr bereitwillig über ihre Vorgeschichte Auskunft. Sie habe jetzt eigentlich verschickt werden wollen. Der Medizinalrat, der sie untersuchte, habe sie aber in die Klinik eingewiesen. Dort sei von Anfang an alles aufregend und unheimlich gewesen. Gleich zu Anfang sei sie neben das Bett einer Patientin gekommen, die sich dort Schuhe und Strümpfe angezogen habe. Später seien noch Seitenbretter an das Bett angebracht worden und die Patientin sei dann herausgefahren worden. Sicher sei sie gestorben. Da habe sie gedacht, sie müßte wohl auch sterben. Die Gedanken seien ihr alle durcheinander gegangen. Auch hier sei sie gänzlich verwirrt. Sie meint, wenn man doch einmal aus dem Saale heraus könnte, daß man mal geradeaus denken kann. Sie wisse, daß sie hier in der Nervenklinik sei, das Datum könne sie aber nicht angeben. Das sei ihr ganz abhanden gekommen.

Bei der Kombinationsprüfung erklärt sie das Binetbild „Pechvogel“ folgendermaßen: „Das ist eine Familie, eine Trinkerfamilie, der Mann der tobt, die Frau auch. Ach nein, die ist entsetzt“. Auf die Frage, was die beiden Jungen da machen, meint sie: „Der eine, der kriegt Haue, der hat die Scheibe zerschlagen“. Zu dem Blindekuhbild äußert sie: „Das ist auch eine Familie, die räumen den Tisch ab. Ach nein, sie holen alles ran, es ist ein großer Zank. Der junge Mann hat die Augen verbunden, damit er nichts sehen kann. Er schmeißt dem Mädchen eine Tasse nach“.

Von ihren Erlebnissen in der Medizinischen Klinik gibt sie an: „Es war, als ob etwas auf mich einwirkte, ich spürte es, als ob der ganze Körper durchschnitt, das Herz wurde eingekreist“. Das müsse wohl von der Lichtleitung gekommen sein, es sei elektrischer Strom oder so etwas gewesen. Das erstemal sei sie auf der Klinik ganz anders behandelt worden. Weinend erklärt sie, sie sei wohl auch nicht mehr überall so gerne gesehen wie früher. „Mir ist, als wenn ich überall so abgesperrt werde.“ Gerade an ihrem Bett würden überall die Nachtschränke abgerückt. Die Patientin sieht sich dabei mißtrauisch um, ganz langsam und zögernd kommt noch mehr heraus. Die anderen Patientinnen hätten Bemerkungen gemacht: „Bis hierher und nicht weiter“ wäre laut gerufen worden. Das wäre wohl auf sie gemünzt gewesen. Ob sie denn auch Schimpfworte gehört habe? Zögernd sagt sie aus: Die Schwestern redeten auch über sie im Saal. Eine habe „Herzliebchen“ zu ihr gesagt und das stimme doch gar nicht. Sie habe doch gar kein Liebesverhältnis mehr und ihren früheren Fehltritt habe sie überall zugestanden. Nach dem Tode ihres Mannes habe sie nämlich ein Verhältnis mit einem älteren Manne gehabt. Patientin berichtet dann noch weiter, sie höre auch sonst so allerhand. Es wolle gar niemand an ihr Bett herankommen. Keiner sage ihr, wann sie sich waschen oder anziehen

soll. Morgens höre sie ihren Namen, wenn sie dann aufschaue, sei die Schwester schon an einem anderen Bett. Sie könne auch sehr schlecht schlafen, denn nachts werde sie besonders beunruhigt.

In den folgenden Tagen, mit dem langsamen Schwinden der Oedeme wurde die Patientin im Ganzen zufriedener mit ihrer Lage. Jedoch fühlte sie sich durch ihre räumliche Umgebung immer noch sehr beängstigt. Als sie vom Saal in das Untersuchungszimmer gebracht wird, sagt sie strahlend: „Hier ist es doch ganz anders, viel, viel besser. Hier kann ich doch frei denken und alles ist in Ordnung“. Sie bedaure es sehr, in die Charité gekommen zu sein. Die Gläser auf den Nachttischen kämen ihr so sonderbar vor, die seien präpariert zur Regulierung des Urins. Und dabei könne sie doch so gut von selber Urin lassen. Nachts wäre es so unheimlich, da liefen alle im Saal hin und her. Die Patientinnen hätten alle so einen starren Blick, besonders die Frau neben ihr. „Mit der darf ich gar nicht meine Blicke kreuzen, sie hat so etwas Anziehendes. Das Gute, was man hat, nimmt sie weg mit ihrem Blick. Es geht durch den Kopf wie ein Schlag“. Die Blicke der Patientin seien so blitzartig und sie halte schon meistens die Hände vors Gesicht, um sie nicht zu sehen. Außerdem sei es so eigenartig, daß die anderen alles was sie hätten, Eßwaren, Löffel usw. in bestimmter Ordnung auf ihre Nachttische legten. Es wäre ganz komisch, das zu beobachten. Wahrscheinlich würde man danach ihre Krankheit beurteilen. Sie meint auch, daß man hier Krankheiten mit Hypnose heile. Die Patientin, die auf der Medizinischen Klinik gestorben sei, habe wohl für andere herhalten müssen. Es sei ihr wohl bestimmt gewesen, zu sterben, um andere Menschen zu heilen. So würde es ihr auch gehen, wenn sie noch längere Zeit auf dem Saal bliebe. Sie möchte am liebsten allein liegen und würde auch mit einem schlechten Zimmer fürlieb nehmen. Es wäre ihr Tod, wenn sie hierbleiben müsse. Sie habe neulich auch ganz laut das Wort „Klabautermann“ gehört und da hätte sie schon gewußt, was das zu bedeuten habe. Ganz erregt sagt sie: „Schluß mit der ewigen Klabauterei, bitte Herr Doktor, das mache ich nicht länger mit“. Zum Beispiel das Gläserrücken in der Nacht, das wäre doch eindeutig.

Der ältere Bruder gab bei einem Besuch in der Klinik folgendes an: Seine Schwester sei als Kind sehr munter und aufgeweckt gewesen. Sie konnte sehr ausgelassen sein wie ein halber Junge. Außerdem sei sie sehr gesund und blühend gewesen, sie hätte vor Gesundheit fast gestrotzt. Auf der Schule sei sie sehr gut mitgekommen, sie habe Dentistin werden wollen. Mit 17 Jahren aber sei der Gelenkrheumatismus aufgetreten und seitdem sei sie kränklich. Man habe sie auch für lungenkrank gehalten und sie in Heilstätten geschickt. Erst später habe sich herausgestellt, daß der Herzfehler an allem schuld gewesen sei. Sie habe auch wegen ihrer Krankheit immer in der Familie gelebt, sei nie herausgekommen. Sie wäre immer ganz besonders anhänglich gewesen, auch sehr geduldig in ihrer Krankheit. 1926 habe sie einen sehr soliden, ordentlichen Mann geheiratet, der aber schon nach anderthalbjähriger Ehe starb. Das Kind, das sie damals hatte, sei ihr im 8. Monat genommen worden, weil sie es wegen ihrer Herzkrankheit nicht austragen konnte. Sie sei wohl im Ganzen still und heiter gewesen, dabei aber außerordentlich empfindsam und leicht beleidigt. Der Ref. habe sie einmal scherzweise im Familienkreise „lustige Witwe“ genannt. Das habe sie ihm sehr übel genommen und es nie vergessen, obwohl sie es kaum gezeigt habe. Sie wohne jetzt in derselben Stadt wie ihre Schwiegermutter und gehe ganz und gar in ihrem Haushalt auf.

Zirka vier Wochen nach ihrer Aufnahme bietet die Patientin folgendes Bild: Sie hält weiterhin alle anderen Personen von sich fern, hat wenig Zutrauen

gefaßt. Sie beschäftigt sich in Gedanken sehr viel mit ihrer eigenen Person. Als sie einmal zufällig in einen Spiegel schaut, ist sie entsetzt über ihr Aussehen. Früher sei sie immer sehr eigen gewesen und jetzt ließe man sie herumlaufen wie eine Halbwilde. Das sei wohl Schuld der Schwestern, man ließe sie nicht aufstehen, damit sie sich kämmen und waschen könne. Nur auf ihrem Nachttisch wäre alles in größter Unordnung und zu Hause hätte sie doch immer alles so ordentlich gemacht. Ihre Wohnung sei wie ein Spiegel. Sie hätte auch das Gefühl, ganz wunderlich geworden zu sein und glaube nicht, daß sie hier noch einmal herauskäme. Die Reden der anderen Patientinnen kämen ihr so verworren vor. Das kriege man gar nicht mit, was die sagen. Es kämen so viel Namen vor, die sie gar nicht kenne. Man wüßte nie, ob man angesprochen werde. Nur manchmal könne sie Gehässiges heraushören. Als sie eben zum Untersuchungszimmer geholt wurde, hätte man gesagt: „Und dieses Scheusal will ins Einbettenzimmer?“ Außerdem sage man auch, daß sie der Wolf sei. Das Untersuchungszimmer hält sie für ein Privatzimmer und beklagt sich sehr, daß man sie dahin gebracht habe. Dann kriege sie hinterher wieder so allerhand zu hören. Sie wäre nicht mitgegangen, wenn sie das vorher gewußt hätte. Sehr deutlich ist bei ihren psychotischen Erscheinungen eine Tagesschwankung zu bemerken. Nachts ginge es ihr bedeutend schlechter als am Tage. Da höre sie immer ein Laufen über ihrem Kopfe und viele Stimmen durcheinander, ein ewiges Gemurmel. Überhaupt käme ihr alles Sprechen so wirr vor. Die Führerrede, die neulich im Radio übertragen wurde, sei auch ganz durcheinander gewesen. Ob sie das vielleicht nur falsch höre? Wenn sie das Datum nennen solle, müsse sie immer erst auf die Kurve sehen, sonst wisse sie es nicht.

Nach ca. 6 Wochen hatte sich der Zustand der Pat. insofern verändert, als die zeitliche Orientierung besser geworden war. Sie gab das Datum richtig an und meinte, sie sei seit Februar hier. Ob es Anfang oder Ende Februar gewesen sei, könne sie allerdings nicht sagen. Ihre Kombinationsfähigkeit hatte sich gebessert. Zum Pechvogelbild sagte sie jetzt sofort: „Der Junge, der sich da versteckt hat, der hat die Scheibe eingeschlagen“. Trotzdem fühlte sie sich immer noch beängstigt. Nachts, wenn sie sich im Bett umdrehe, springen ganz plötzlich alle Schubladen der Nachttische auf, das erschrecke sie sehr. Sie möchte nicht hierbleiben. Sie gehöre dahin, wo es ruhig ist. Sie habe Angst vor den Patientinnen, es sei doch eine recht unheimliche Gesellschaft. Sowie es im Saal dunkel sei, würden Tänze aufgeführt und eine so sonderbare Gymnastik. Das sehe ganz unheimlich aus. Außerdem würde so viel gesprochen, daß sie es gar nicht mit dem Kopf aushalten könne. Es ginge ihr sofort alles durcheinander, wenn mehrere Menschen auf einmal sprächen. Dabei könne sie allein jetzt schon ganz klar denken. Sie sei ja auch gewohnt gewesen, allein zu leben. Sie müsse so viel grübeln, warum sie hier sei. Was hier vorginge, könne sie sich schon ungefähr denken. Es sei wohl nötig, daß ihre Verwandten alle den Beruf wechselten. Zwei Brüder von ihr seien nämlich Brennereiverwalter und hätten ihr gutes Brot dabei. Hier halte man das aber wohl für keinen ehrenwerten Beruf, das höre sie aus den Gesprächen heraus. Auch sie selbst würde immer wieder beschimpft. Man habe sie Medizinalrätin genannt. Dabei habe sie doch gar nichts mit dem Medizinalrat gehabt, der sie eingewiesen hätte. Eine Patientin hätte neulich zu ihr gesagt: „Ich treibe mich nicht herum“. Dabei sei es doch zu Hause bekannt, daß sie sich nicht herumtreibe. Und dann würde jeden Abend immer wieder der „Jokus“ gemacht und es würde ihr auf die Dauer doch zu viel. Sowie die Schwestern heraus wären, beginne man die Nachttische umzurücken, das ginge mit einem großen Krach vor sich. Auch

die Kästen auf den Nachttischen würden umgestellt und mit lautem Klappen umgedreht, besonders laut in ihrer Umgebung, da müsse man sich ja schließlich erschrecken. Sie habe ein so komisches Bett, in dem man gar nicht zur Ruhe käme vor Schmerzen. Das wäre alles nicht richtig. Es komme ihr vor „wie böhmische Berge“. Ob da ein Komplott dahinter wäre oder sonstwas, das könne sie nicht sagen. Sie erzähle nur alles, wie sie es empfinde und höre. Harmlos wäre es jedenfalls in keiner Weise. Ganz leise sagt sie: „Manche haben hier schlechte Gedanken“, andere wieder hätten den bösen Blick, nur wenige wären ungefährlich. Wenn nur nicht so viele an sie herankämen, das wäre sie gar nicht gewohnt. Sie komme gar nicht zur Besinnung unter den vielen Menschen.

In der ganzen Zeit ihres Hierseins hat sich die Patientin viel mit früheren Zeiten beschäftigt und darüber berichtet. Ihr Vater sei Beamter gewesen und zwar Brauereiverwalter. Vor dem Kriege sei es ihm sehr gut gegangen, aber in der Inflation habe man viel verloren. Jedoch habe der Vater die Familie immer über Wasser gehalten, obwohl sie sehr zahlreich war. Im Ganzen wären sie 9 Geschwister gewesen, 4 Brüder und 5 Schwestern. Alle seien sie jetzt verheiratet und hätten ihr gutes Auskommen. 2 Brüder sind in Brauereien tätig, auch eine Schwester hat einen Mann aus diesem Gewerbe geheiratet. Es seien eine ganze Menge Kinder da, die ganze Familie wäre kerngesund. Einer ihrer Brüder sei künstlerisch begabt, er spiele Geige und könne auch malen. Sie seien alle recht verträgliche Menschen. Auch ihre Eltern stammten aus gesunden Familien. Der Vater sei in Rußland geboren, wo sein Vater auch schon in einer Brauerei tätig war. Zu Hause sei es immer sehr ordentlich gewesen. Die Mutter war strenger als der Vater, aber wenn der Vater nur hinsah, dann habe sie schon gehorcht. Gezankt hätten sie sich untereinander nie. Sie wäre ganz besonders folgsam gewesen, hätte aber auch wild und ausgelassen sein können. Einmal mit 7 oder 8 Jahren habe sie vom Vater Schläge erhalten, das könne sie nie vergessen. Sie habe ein Fahrrad umgeworfen und sollte hinkommen, wohl um es aufzurichten. Aber das habe sie aus Angst nicht getan. Da habe es die Haue gegeben. So etwas vergesse sie schwer. Sie habe die Volksschule besucht und immer alles gut gelernt. Mit 14 Jahren sei sie konfirmiert worden. Ihre beste Freundin war die Lehrerstochter. Mit der sei sie viel zusammen gewesen, sie hätten auch manchen Streich gemacht. Sie könne sich erinnern, einmal Äpfel aus des Nachbars Garten geholt zu haben. Später sei sie auch mit der Freundin zusammen ausgegangen. Sie habe sich zu ihr hingezogen gefühlt, weil sie ein besonders hübsches Mädchen war. Es seien ja recht viele Leute ins Haus gekommen, auch junge Männer. Im Kriege habe sie sehr tüchtig mitarbeiten müssen, es sei eine schwere Zeit gewesen. Sie habe der Mutter im Haus geholfen, aber auch dem Vater bei schriftlichen Arbeiten, was gerade so im Geschäft vorkam. Die Mutter war eine ganz ausgezeichnete Hausfrau. Kochen, Nähen, alles habe sie zu Hause aufs beste gelernt. Als einmal Soldaten zur Einquartierung kamen, sei ihre Kochkunst ganz besonders gelobt worden. Als sie mit 17 Jahren den Gelenkrheumatismus bekam, sei das für sie ein großer Einschnitt gewesen. Sie habe von da ab immer gekränkelt. Eigentlich hätte sie Schwester oder Dentistin werden wollen, aber der Vater habe es nicht zugegeben. Da habe sie ohne Weiteres gehorcht. Ihr Vater war immer sehr stolz auf seine Familie und auch auf sie. Noch kurz vor seinem Tode habe er gesagt, so ein Zusammenhalt käme nur selten vor. 1926 habe sie geheiratet. Ihr Mann wäre eine alte Liebe von ihr gewesen. Sie habe zwar auch andere Verehrer gehabt, auch Anträge, gute sogar, von wohlhabenden

Männern. Das hätte sie aber nicht beeindruckt. Die Familien hätten sich schon gekannt. Sie habe ihren Mann zum ersten Male 1917 gesehen, als blutjungen Rekruten, bevor er ins Feld ging. Sie habe sich sofort verliebt, es sei gleich mit ihr vorbei gewesen. Sie habe aber immer gezögert, ihm zu schreiben, sondern sei lieber zu den Eltern gegangen, wo sie dann gehört habe, wie es ihm ginge. Nach dem Kriege hätten sie sich dann öfter gesehen. Sie wäre sehr verliebt gewesen, aber immer äußerst zurückhaltend. Das müsse man ja auch wohl sein. Allerdings habe sie schon vorher einige Liebschaften gehabt, sich auch geküßt. Darüber habe sie sich dann sehr geschämt, als sie ihren späteren Mann kennengelernt habe. Erst 1924 hätten sie sich verlobt. Sie habe immer gezögert, aber er sei immer wieder gekommen. Da man sie eine zeitlang für lungenkrank hielt, wollte sie den Verlobungsring zurückgeben. Das duldete er aber nicht, sondern wies darauf hin, daß er ja auch Invalide sei, er bekam nämlich im Kriege einen Hüftschuß. In der Ehe war das Zusammenleben sehr gut. Den Tod ihres Mannes habe sie wohl nie überwunden. Danach habe sie anfangs bei ihrer Familie gelebt. Später sei sie dahin gezogen, wo ihre Schwiegermutter ansässig war. Sie lebe im Großen und Ganzen zurückgezogen. Allerdings hätte sie nach dem Tode des Mannes noch zwei Freundschaften gehabt. Der Erste wäre ein junger Mann gewesen, ein Student, der sie sehr stürmisch liebte. Das sei aber jetzt ganz abgetan, sie habe ihn auch nie recht gemocht. Dann sei sie auch mit einem verheirateten Mann befreundet gewesen. Sie wären allerdings nur sehr selten zusammengekommen. Sie wolle ganz offen darüber sprechen. Der sei nämlich viel netter, so vernünftig. Sie mache sich oft Vorwürfe, daß sie das mit einem verheirateten Mann getan habe, aber er hätte ja gar keinen Ring mehr getragen. Er sagte ihr dann auch, er wolle sich scheiden lassen, davon habe sie ihm aber abgeredet, das dürfe man nicht wegen der Kinder.

Sonst habe sie sich eigentlich nur mit ihrem Haushalt abgegeben, Handarbeiten gemacht und auch gute Bücher gelesen, die sie sich aus der Bibliothek holte, historische Sachen, Gustav *Freytag* u. a. Vormittags sei sie oft in den Park gegangen, der ganz dicht bei ihrer Wohnung liegt. Da habe sie ganz allein gesessen und auch Handarbeiten gemacht und sich sehr wohl dabei gefühlt. Nachmittags sei sie oft zu ihrer Schwiegermutter gegangen, mit der sie sich sehr gut stehe. Sonst sei ihr keiner zu nahe gekommen, man hätte sie ja gekannt. Ein bißchen empfindlich und sehr eigen sei sie immer gewesen. Wenn einer etwas Grobes gesagt habe, habe sie gelacht, aber im Stillen sich darüber geärgert und es auch lange Zeit nicht vergessen.

Acht Wochen nach ihrer Aufnahme meinte die Patientin, sie fühle sich jetzt ganz wohl. Sie schlafe gut, nichts sei ihr mehr unheimlich. Sie war aber immer noch recht empfindlich, wenn man ihr zu nahe kam, am liebsten war sie allein. Sie konnte nun zur Weiterbehandlung ihres Grundleidens in die Medizinische Klinik zurückverlegt werden.

Ein kurzer Überblick über die Krankengeschichte[1]) zeigt, daß die Patientin, eine Angestelltenwitwe von 37 Jahren, 17jährig eine Polyarthritis durchmachte mit der Folge eines kombinierten Mitralvitiums. Januar 1937 führten Dekompensationserscheinungen zur Notwendigkeit einer stationären Behandlung, zunächst in der II. med. Klinik in der Charité. Im weiteren Verlauf traten psycho-

[1]) Vgl. Zentralblatt für die ges. Neur. u. Psych. 91. Band, Heft 5/6, S. 305.

tische Symptome hinzu, vor allem in Gestalt von Eigenbeziehung mit ängstlicher Reaktion auf die unmittelbare Umgebung. Die Personen, mit denen sie zu tun hatte, spielten dabei eine viel geringere Rolle als die bloßen Dinge, welche aber auch mehr und mehr eine Wandlung zum Symbolischen durchmachten. So gewannen die harmlosesten Gegenstände, wie Nachttische, Uringläser usw. eine bedrohliche Note. Bei alledem war die Patientin zeitlich schlecht orientiert und zeigte bei den darauf gerichteten Prüfungen eine erhebliche Kombinationsschwäche. Das Verhalten zeigt im Übrigen den gerade bei Herzkranken in der Regel zu beobachtenden Wechsel in der Gemütsverfassung, einmal nach Maßgabe der jeweiligen Kreislaufverhältnisse sodann je nachdem, ob sie sich selbst überlassen war oder aber sich irgendwie mit der Situation auseinanderzusetzen hatte. Hin und wieder war die Pat. ganz gelassen, etwas euphorisch, dann wieder zeigte sich elementare Erregtheit oder auch Ratlosigkeit, sowie Widerstreben. Die Außenwelt hatte immer den Akzent des Unheimlichen oder Widerwärtigen. Gütlicher Zuspruch blieb aber von günstiger Einwirkung. Es schien von Interesse bei diesen Krankheitserscheinungen, welche im Wesentlichen exogenes Gepräge trugen, in Betracht zu ziehen, wie die prämorbide Persönlichkeit beschaffen war. Aus der Schilderung, welche sie selbst rückschauend gab, läßt sich entnehmen, daß sie immer ein eingezogener, unschlüssiger, empfindlicher Mensch gewesen ist. Gerade auch das Haften am gewohnten Milieu kann als eine von jeher bei ihr bestehende Eigentümlichkeit gelten. Wenn auch die Pathogenese von Wesenszügen der prämorbiden Persönlichkeit nicht in entscheidendem Maße — zumal in ursächlicher Hinsicht — berührt wird, so ergeben sich doch pathoplastisch in vielen Fällen von symptomatischen Psychosen, so auch in diesem, beim Rückblick auf das frühere Leben gewisse Einblicke in das Krankheitsgeschehen.

Studien über senile Demenz und Psychosen

5. Mitteilung

Über den Zusammenhang seniler Geistesstörungen mit Erlebnisfaktoren affektiver bezw. situativer Art

Von

J. H. R. Gluck

(mit einer Einleitung von *H. Bürger-Prinz*)

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Hansischen Universität Hamburg. Direktor: Professor Dr. *H. Bürger-Prinz*)

(Eingegangen am 19. Januar 1941)

Die folgende Arbeit beschäftigt sich mit einer weiteren Teilfrage aus dem Gebiet der senilen Psychosen, und zwar mit dem Problem, auf dessen Gewichtigkeit schon einmal hingewiesen wurde: Inwieweit kann das Inerscheinungtreten dementiver Abbauprozesse oder vorübergehender organischer Wesensänderungen im Sinne exogener Reaktionstypen im höheren Alter von äußeren Faktoren abhängen, die ihrer Art und dem Ausmaß ihrer Einwirkung nach als solche sonst nicht geeignet sind, derartige organisch bedingte psychische Störungen in Gang zu setzen oder in Erscheinung treten zu lassen? Gewiß ist es auch sonst möglich, daß z. B. eine paralytische Demenz in ihrem vollen Ausmaß erst in Erscheinung tritt und erkannt wird, wenn der betreffende Kranke einem Milieuwechsel unterliegt, z. B. seine Berufsstellung wechselt. Mit der Klarheit und Eindeutigkeit aber, vor allen Dingen mit dem Ausmaß, wie uns diese Zusammenhänge bei Greisen begegnet sind, sind sie uns sonst in der Klinik unbekannt. Man kann wohl auch nicht den Einwand erheben, daß es sich hier lediglich um die Steigerung normaler menschlicher Erscheinungen handle. Ebenso wie wir von der senilen Demenz nur in einem gewissen Umfange die Auffassung anerkennen, daß es sich hierbei um eine Steigerung normaler Alterserscheinungen handle, sondern der Überzeugung sind, daß die senile Demenz zum größeren Teile eine prozeßhafte, mehr oder minder akut einsetzende Krankheit darstellt, glauben wir nicht, daß man mit diesem Steigerungsfaktor allein dem auf

geworfenen Problem gerecht wird. Gewiß ist es möglich, daß auch sonst ein Mensch, der in seinen Umweltbeziehungen eine Umwälzung erfährt, dabei völlig ratlos und unfähig wird, neue Beziehungen, ein neues Lebensgerüst aufzubauen. Es handelt sich hierbei dann darum, daß es an gesteuertem Einsatz, gesammeltem Antrieb, geeignetem Gestimmtsein usw. fehlt. Bei den hier gemeinten Fällen im Senium aber zeigt sich, daß mit dem Auseinanderbrechen der gewohnten Welt auch die Werkzeuge zerstört sind. Es tritt also nicht nur ein Verlust an Sinnverleihung ein, es handelt sich nicht nur um die affektive, antriebsmäßige Unmöglichkeit zur Neuordnung der Welt, sondern es wird auch offenbar, daß die intellektuellen Möglichkeiten und Werkzeuge hierzu im engeren Sinne zerstört werden. Ein solcher Mensch ist also nicht ratlos in Bezug auf die gemütlichen und affektiven Beziehungen, sondern er ist es auch, grob gesagt, in Bezug auf einfache intellektuell gesteuerte Abläufe, wie irgendeine sonst gewohnte Arbeit. Diese Tatsache erweist doch, in wie hohem Maße als personeigen angesehene Abläufe, Geschehensreihen, Handlungen im Laufe des Lebens personunabhängig und von der gegenständlichen Welt selbst getragen und gesteuert werden! Auf eine knappe Formel gebracht, heißt dies: Ein Mensch produziert im Laufe seines Lebens eine gegenständliche Welt, in der er sich erlebt und in der er von anderen erlebt wird, und in der Person und Gegenstand stets zusammen erschaut und auch von der Persönlichkeit selbst als Einheit erlebt werden. Zerstört man nun diese gegenständliche Welt, so stellt sich heraus, daß nicht nur ein ratloser Mensch übrigbleibt, der an sich die Werkzeuge zum Aufbau bzw. zur Erhaltung noch zur Verfügung hätte, sondern es ergibt sich, daß ein Mensch resultiert, der auch diese Fähigkeiten verlor. Bildlich gesprochen, würde man vergleichsweise sagen können: Ein Tischler produziert im Laufe der Jahre eine zu ihm gehörige Wohnung, an der er weiterbastelt, und die er als geprägt von seiner Persönlichkeit unterhält. Der Tag, an dem die Wohnung zerstört wird, zeigt, daß er nun nicht mehr fähig ist, neue Möbel zu produzieren, nicht etwa, weil er den Sinngehalt dieses Tuns verlor, nicht etwa, weil er Schwung und Antrieb für ein solches Tun einbüßte, sondern weil sich dann herausstellt, daß er gerade zu dem, was notwendig ist, nämlich zum ursprünglichen einfachen Anfang zurückzukehren, unfähig geworden ist. Er vermag einen Tisch nicht mehr zu berechnen und fertigzustellen.

Die außerordentliche Brüchigkeit und Verletzbarkeit, die unter Umständen der Welt des altgewordenen Menschen eignen, zeigt sich in der mehr oder minder großen Geringfügigkeit der Einwirkungen, die nicht nur diese Welt, sondern damit auch den betreffenden greisen Menschen zu zerstören vermögen.

Es kommen neben den klassischen Bildern des Greisenblödsinns vor allem delirante Verwirrtheitszustände und amnestische Syndrome (seniler Korsakow) vorzüglich in Frage.

Bezüglich der klinischen Verlaufsbilder möchten wir vorwegnehmen und auf die Tatsache hinweisen, daß auch solche Fälle in unsere Untersuchung einbezogen werden, bei denen es im Anschluß an noch näher zu definierende äußere Faktoren, zunächst scheinbar reaktiv, zu verständlichen Änderungen im affektiven und Stimmungsverhalten kommt, die jedoch unter den Augen des ärztlichen Beobachters in eindeutig hirnorganisch bedingte, psychische Störungen übergehen.

Unter den besagten äußeren Faktoren, auf die wir, durch besonders eindringliche Fälle hingeleitet, in der Folgezeit bei der Anamnesenerhebung und klinischen Beobachtung unser besonderes Augenmerk richteten, möchten wir kurz folgendes verstanden wissen.

Wir nehmen einen konkreten Fall an, an dem wir das, was wir meinen, am besten verdeutlichen können. Es handelt sich um einen psychisch intakten Menschen im Präsenium bzw. Senium, der mindestens über 60 Jahre alt sein soll und in durchaus physiologischer Weise gealtert ist. Plötzlich erfolgt z. B. der Tod des Lebensgefährten, oder eines nächsten Angehörigen. In unmittelbarem oder zumindesten engeren Zusammenhange mit diesem psychischen Trauma, wird dieser vorher unauffällige Mensch mehr oder weniger akut psychisch verändert, sei es nun, daß rasch fortschreitende dementive Störungen in Erscheinung treten, sei es, daß ihn eine delirante Verwirrtheit oder ein Korsakow'sches Zustandsbild in die Klinik bringt.

Es kommen für unsere Betrachtungen, wie das Beispiel zeigt, nur solche Fälle in Frage, bei denen das psychische Schockerlebnis bei genauester Nachforschung den alleinigen Erklärungsgrund für das darauf folgende organisch bedingte Krankheitsgeschehen abgeben könnte. Ausgeschlossen werden müssen also selbstverständlich irgendwelche Infekte, die zu febrilen deliranten Verwirrtheiten Anlaß geben können, sonstige cerebrale Einwirkungen, wie traumatische, sowie überhaupt alle akuten Hirnschäden (Blutung usw.).

Nach den gegebenen Erläuterungen wollen wir also als äußere Faktoren, die verdächtig erscheinen, ein hirnorganisch krankhaftes Geschehen bei einem Senilen in Gang zu setzen, folgendes verstanden wissen:

1. Einschneidende psychische Erlebnisse und Geschehnisse, die für den Kranken schwerwiegender Natur sind, über die er sich nicht hinwegzusetzen vermag und die ihrer Art nach dazu geeignet sind, das Gehäuse seines Lebens zu zerstören, ihn der Vereinsamung preiszugeben, oder ihn zu einer grundlegenden Änderung aller gewohnten Lebensbezüge und Umstände zu zwingen.

2. Umänderungen der eingefahrenen Lebensbahnen schlechthin, d. h. Geschehnisse, die einen Bruch liebgewordener und vertrauter Gewohnheiten bedingen; als Beispiel führen wir hierzu an: Wohnungswechsel, Ortswechsel oder durch äußere Lebensumstände bedingte Aufgabe der Arbeit oder sonstiger vertrauter Beschäftigungen, die den Patienten mehr oder weniger der Untätigkeit oder dem Nichtstun aussetzt, Daseinsleere bedingen, indem sie seine Erlebnismöglichkeiten einschränken und seine Anteilnahme am Zeitgeschehen unterbinden. Wichtig ist hier beispielsweise die Ausschaltung und Hilflosmachung durch Krankenlager und Verbringung in das Krankenhausmilieu.

Wir möchten die an zweiter Stelle genannte Gruppe unter dem Begriff der situativen Faktoren fassen, wobei wir uns darüber im klaren sind, daß es sich psychologisch letzten Endes auch hier immer um Dinge handelt, die sich im Erleben des Kranken abspielen, ohne daß jedoch dabei die akute affektive Wertigkeit der Erlebnisse so unmittelbar wie bei der ersten Gruppe in die Augen springt.

Zur Methodik unserer Untersuchungen wäre folgendes zu sagen:

Die Schwierigkeiten in der Materialbeschaffung sind allein schon in dem hohen Lebensalter der Erkrankten bedingt. Da der Kreis der Bekannten sich naturgemäß damit ganz erheblich einschränkt und andererseits die Angaben von gleichalterigen Menschen wiederum häufig unzuverlässig oder lückenhaft sind, ist weiter darauf hinzuweisen, daß der Umgebung der Kranken vielleicht schon lange im Gange befindliche dementive Veränderungen durch das dauernde Beisammensein nicht oder nur kaum auffallen und dann als Schrulligkeiten, Verschrobenheiten oder schlechte Angewohnheiten alter Menschen bagatellisiert werden, während dem

kritischen neutralen Beobachter — besonders dem Arzt — diese Dinge sofort in die Augen fallen würden. Bei dem Kausalitätsbedürfnis aller Menschen wird man die Angaben der Angehörigen oder Bekannten, der Kranke sei bis zu dem fraglichen, einschneidenden Erlebnisse oder Ereignisse psychisch völlig intakt gewesen, sehr mit Vorsicht aufnehmen und mit größter Kritik nachprüfen müssen.

Bei unseren Untersuchungen wird fernerhin Wert darauf zu legen sein, zuverlässige Angaben über die primäre Charakterstruktur der Kranken zu bekommen, schon um daraus Schlüsse auf ihre psychische Reaktionsweise in früheren, jüngeren Jahren ziehen zu können und etwaige Vergleichsmöglichkeiten zu gewinnen.

Selbstverständlich müssen alle endogen-psychotischen Faktoren von vornherein ebenfalls ausgeschaltet werden. Es war darauf zu achten, ob die Kranken bereits in früheren, jüngeren Jahren schon einmal psychotisch verändert waren, oder ob sie früher irgendwann zu auffälligen Verhaltungsweisen geneigt haben. Die Familienanamnese kann diese Aussonderungen noch unterstützen.

Nachdem wir somit versucht haben, die uns interessierende klinische Problemstellung zu umreißen, die Vorbedingungen für die Auswahl des der Arbeit zugrunde gelegten Materials und unsere Arbeitsmethodik darzustellen, möchten wir zunächst in Kürze anführen, was wir in der vorliegenden Literatur im Hinblick auf unser Thema auffinden konnten.

Hinweise aus dem vorliegenden Schrifttum

Soweit wir uns unterrichten konnten, finden sich in der in Frage kommenden Literatur für unsere Problemstellung nur spärliche und vereinzelte Hinweise. Es mag dies vor allem damit in Zusammenhang stehen, daß für die Forschung andere Fragestellungen im Vordergrunde des Interesses standen, so z. B. der Zusammenhang zwischen primärer Charakterstruktur und seniler Demenz, die Frage der hereditären Belastung oder eigener Psychosen im jüngeren Lebensalter und die etwa dadurch präformierte konstitutionspathologisch bestimmte Ausprägung des klinischen Krankheitsbildes, die sogenannte Durchflechtung endogener und exogener (*Seelert*) Faktoren und ähnliche Dinge mehr.

Trotzdem fanden sich auch für unser Thema — meist mehr aphoristisch eingestreut — wesentliche Hinweise und klinische Beobachtungstatsachen, die wir in einer kurzen Überschau mit-

teilen möchten und deren Einordnung sich aus unseren einleitenden Ausführungen von selbst ergibt.

Runge führt an, es werde gelegentlich berichtet, daß sich die ersten Zeichen der senilen Demenz im Anschluß an irgendeine körperliche Erkrankung bemerkbar gemacht hätten. Er lehnt es ab, daß dieser Faktor die eigentliche Ursache der senilen Demenz sei und spricht von „bereits in Vorbereitung befindlichen senilen Veränderungen, die durch das Hinzukommen von stärkeren Ernährungsstörungen in ihrer Entwicklung beschleunigt und klinisch manifest gemacht würden.“ Der Einfluß des situativen Faktors ist in einem von *Runge* zitierten Falle einer 76jährigen Presbyophrenen deutlich, deren Logisherr, als die Kranke 74 Jahre alt war, verstarb, nachdem er 40 Jahre bei ihr gewohnt hatte. Die Kranke „konnte dies nicht verstehen, richtete alles wie früher für ihn, kaufte für ihn ein, konnte nicht mehr mit Geld umgehen, verwahrloste völlig, wusch sich nicht mehr, kochte nicht, ließ den Gashahn irrtümlich offen stehen, alberte mit den Kindern auf der Straße herum, schlief schlecht und weinte zuletzt viel“. In einem anderen Falle, den *Runge* anführt, handelt es sich um einen 68 Jahre alten Mann, der im Anschluß an eine Furunkulose zu grübeln begann, sich Sorgen über seine wirtschaftliche Lage machte und ungeheilt in eine Anstalt verlegt werden mußte.

Von *Kraepelin* wird in seinem Lehrbuch (1904 und 1910) bei der Beschreibung der deliriösen Erkrankungen des Greisenalters (1904) bzw. des senilen und präsenilen Irreseins erwähnt, daß sich die Entwicklung des Altersblödsinns in der Regel ganz allmählich im Verlaufe von Jahren vollziehe, daneben erwähnt er jedoch eine nicht ganz kleine Zahl von Fällen, bei denen die ersten auffallenderen Krankheitszeichen ziemlich plötzlich hervortreten. Bezüglich des klinischen Bildes handle es sich bei diesen besonders um die deliranten Formen. Bisweilen ließe sich in diesen Fällen ein äußerer Anlaß auffinden, der „auf dem wohl schon langsam vorbereiteten Boden den Ausbruch der Störungen hervorrufe“. Zu diesen Anlässen zählt *Kraepelin* eine körperliche Erkrankung (Influenza, Bronchitis, Magendarmkatarrh), eine Kopfverletzung, eine heftige Gemütsbewegung (Tod des Ehegatten).

Im wesentlichen wird die *Kraepelin*sche Meinung auch von *Lange* im Kapitel über senile Demenz seines Lehrbuchs (1939) geteilt. *Lange* führt aus, daß im Beginn des Greisenblödsinns nur die Kennzeichen des normalen Greisentums festgestellt werden, „die sich dann mehr oder weniger rasch, häufig fast schubweise im Zusammenhang mit irgendwelchen groben äußeren Schäden (Pneu-

monie, Schenkelhalsbruch, Tod eines nahen Angehörigen) verstärken. Im übrigen sollen viele später Senil-demente psychopathische Primärpersönlichkeiten sein und nicht selten auch senildemente Geschwister haben.

Auch *Bleuler* (zitiert bei *Kehrer*) ist der Ansicht, daß „oft die Senilität erst zur Krankheit wird infolge des plötzlichen Aufhörens der gemütlichen Lebensreize und daß auch nicht so selten ein erschütterndes Erlebnis im Alter den psychischen Tonus gänzlich lähme und den gesteigerten Verfall galoppierend nach sich ziehe".

Ähnliche Beobachtungen wurden auch bei den sogenannten klimakterischen Geistesstörungen gemacht, wo sich „diese Psychosen fast immer an seelische Ursachen (den Tod des Ehemannes, die Versetzung in ein anderes Amt, den Verlust des Vermögens oder auch nur einen Wechsel der Wohnung) anschließen, länger andauern und in der Regel nicht so restlos wie der einzelne manisch-depressive Anfall abheilen sollen" (*Bumke*s Lehrbuch der Geisteskrankheiten, Senile Psychosen, S. 780).

Von *Oskar Fischer* wurde im Rahmen der presbyophrenen Demenz die Krankengeschichte einer 65-jährigen Patientin mitgeteilt, bei der die Demenz nach dem Tode des Ehemannes allmählich einsetzte.

Wir möchten unsere allgemein orientierende Übersicht mit der Erwähnung einer Arbeit aus der hiesigen Klinik (*Bürger-Prinz* und *Jacob*, Anatomische und klinische Studien zur senilen Demenz) abschließen, in der das hier interessierende Problem bereits aufgeworfen wurde, wobei die Verfasser darauf hinwiesen, daß „äußere und innere Anlässe bedeutend wesentlicher, zumindestens an der Auslösung der Krankheitserscheinungen, beteiligt sind, als dies im allgemeinen angenommen wird. Nach jedem erheblicheren Zwischenfall, sei das eine fieberhafte Erkrankung oder eine eingreifendere Milieuveränderung, kann ein alter Mensch plötzliche Leistungsminderungen und Veränderungen zeigen, die ihn innerhalb ganz kurzer Zeit aus der Reihe einfach alternder Menschen in die pathologische Gruppe hineingleiten lassen, d. h., es wird dann plötzlich ein Mensch so dement, wie er eigentlich schon lange sein müßte. Der Verlust eines bestimmten körperlichen Gleichgewichtes oder eines Milieugerüstes, das ihn bis dahin noch gehalten und gestützt hat, ruft einen Zusammenbruch hervor, der nie mehr reparabel ist". Die genannten Autoren haben im Gegensatz zu *Boström* bei der Durchforschung von 18 Fällen presbyophrener Demenz eine positive Abhängigkeitsbeziehung zwischen affektiver Färbung der Krankheitsbilder zu einem ursprünglich

gegebenen Temperament nicht auffinden können, sondern vielmehr gefunden, daß der Krankheitsprozeß sehr bald jede charakterliche Grenze sprenge, bzw. noch darüber hinausgehe.

Kasuistik

Fall 1. Affektiver Faktor: Sexualmord an dem Urenkel der Patientin.

Frau Gesche M., 67 Jahre alt, befand sich in der hiesigen Klinik vom 29. 3. 40—16. 4. 40. Akt. Nr. 85285.

Familienanamnese o. B.

Stellung der Familie: Vater war Landwirt.

Entwicklung: Frau M. hat die Volksschule besucht, hat gut gelernt, nach der Schulentlassung blieb sie im Hause, hat Haushalt und Schneidern gelernt. 1886 Eheschließung, drei Kinder aus der Ehe leben und sind gesund. 1895 Tod des Ehemannes. Patientin hat dann ihren Lebensunterhalt durch Nähen verdient. War auch als Wirtschafterin tätig. Seit zwei Jahren (1938) lebt sie allein in ihrer Wohnung.

Primärcharakterlich wird sie als freundlich, fleißig und unauffällig geschildert. Sie war nie ernstlich krank, ist seit etlichen Jahren schwerhörig. Von einer Wesensänderung konnte nichts beobachtet werden.

Jetzige Erkrankung: Zu Weihnachten 1939 wurde der Urenkel der Patientin im Innocentia Park in Hamburg ermordet (Sexualmord). Seit dieser Zeit ist Pat. psychisch auffällig, sie gab an, Stimmen zu hören, behauptete, man wolle sie ermorden. Angeblich handelte es sich um zwei Personen, die sich in der Wohnung über ihr befanden und sich dauernd über sie unterhielten. Sie wollte auch das Weinen des ermordeten Kindes vernommen haben. Sie vermutete fernerhin, daß fremde Personen in der Wohnung gewesen seien und einen Apparat angebracht hätten.

Sie verdächtigte die Nachbarn, welche über ihr wohnen, des Mordes an ihrem Urenkel. Beschuldigte alle möglichen anderen Leute des Diebstahls. Sie nahm die Stimmen von oben dauernd durch die Zimmerdecke wahr, fühlte sich ständig bedroht, vernachlässigte sich.

Wegen der geschilderten psychischen Störungen wurde Pat. am 29. 3. 40 in die Klinik eingewiesen.

Bei der Klinikaufnahme war Pat. ruhig und orientiert. Sie wirkte ratlos, weinerlich, ängstlich und verzagt.

In der Klinik habe sie angeblich diese Stimmen nicht mehr gehört. Pat. war der Überzeugung, daß alles von einem Nachbarn H., den man als Täter in Verdacht hatte, ausgegangen sei. In der Überzeugung von der Realität ihrer psychotischen Erlebnisse war Pat. nicht zu erschüttern.

5. 4. 40. Pat. ist freundlich, beruhigt, völlig geordnet und orientiert. Hat von den anfangs geäußerten Beeinträchtigungsideen völlig Abstand gewonnen.

16. 4. 40. Psychisch unauffällig. Keine dementiven Abbauerscheinungen.

Diagnose: Akustische Halluzinose von paranoid-ängstlicher Färbung im Senium. Schwerhörigkeit.

Fall 2. Affektiver Faktor: Tod der Ehefrau. Fragliches Kopftrauma.

Herr Jacob H., 78 Jahre alt, befand sich in der hiesigen Klinik vom 2. 10. 39—21. 10. 39. Akt. Nr. 84377.

Familienanamnese o. B.



Eigene Vorgeschichte: Pat. hat die Volksschule besucht, keinen Beruf erlernt. Er war sein ganzes Leben hindurch als Landarbeiter beschäftigt, war nie ohne Arbeit.

Primärcharakter: (Angaben der Tochter und des Pat. selbst.) Pat. wird als aktiv und willensstark geschildert, er war stets ein guter Ehemann und Vater, neigte jedoch mitunter zu Eigensinnigkeit. Will immer fröhlich und stimmungsmäßig ausgeglichen gewesen sein.

Jetzige Erkrankung: Ungefähr ein Vierteljahr vor der Klinikaufnahme starb die Ehefrau, mit der Pat. bei seiner jüngsten Tochter gelebt hatte. Seit dieser Zeit wurde Pat. wesensverändert. Er wurde reizbar und eigensinniger. Bei einem Fliegeralarm wurde Pat. sehr aufgeregt, unruhig und war nicht mehr im Bett zu halten. Er suchte dauernd am Boden herum. An den folgenden Tagen verließ er, ohne etwas zu sagen, mehrfach seine Wohnung und fuhr verschiedentlich nach Hamburg, um eine andere Tochter zu besuchen. Manchmal legte er dann auch größere Strecken zu Fuß zurück. Am 31. 9. 39 verließ Pat. wieder seine Wohnung und blieb vermißt. Am 2. 10. 39 wurde Pat. vom Krankenhaus St. Georg in die Klinik verlegt.

Pat. wies über der rechten Augenbraue und an der Stirn verschorfte, oberflächliche Hautverletzungen auf, die — nach seinen eigenen Angaben — von einem Fall vom Stuhle herrühren sollten. Da er im Anschluß an dieses Ereignis erregt, gereizt und uneinsichtig war, wurde am 2. 10. 39 die Krankenhausaufnahme veranlaßt. Bei der Aufnahme war Pat. geschwätzig, gereizt, drängelig und uneinsichtig, gab an, er habe keine Zeit, müsse sein Land bestellen. Am 3. 10. ist Pat. noch örtlich nicht recht orientiert, schläft viel, weiß nicht, wie er in die Klinik gekommen ist.

Körperlich handelt es sich um einen Greis in etwas reduziertem Allgemeinzustand. Bis auf ein Altersemphysem war intern und neurologisch kein krankhafter Befund zu erheben.

7. 10. Pat. ist zeitweise verwirrt, zieht sich wiederholt aus und will in diesem Zustand nach Hause gehen. Außer einer mäßigen Merkschwäche und leeren senilen Geschwätzigkeit, sind keine gröberen intellektuellen Demenzerscheinungen festzustellen.

15. 10. Stumpf-euphorisch.

21. 10. Leicht aus der Fassung gebracht, fahrig. Pat. ist zeitlich nicht recht orientiert, meint, er sei schon entlassen und befinde sich in Harburg.

22. 10. Pat. wird von der Schwiegertochter nach Hause geholt.

Diagnose: Schwere organische Wesensänderung im Senium, passagerer Verwirrtheitszustand, Kopftrauma?

Fall 3. Affektiver Faktor: Tod der Ehefrau.

Herr Karl B., 68 Jahre alt, hiesiger Klinikaufenthalt vom 27. 12. 39—8. 1. 40. Akt. Nr. 84786.

Familienanamnese o. B.

Eigene Vorgeschichte: Normale Kindheitsentwicklung, Pat. hat die Volksschule besucht und keinen besonderen Beruf erlernt. Über 30 Jahre war Pat. als Kutscher in einem Fuhrwesen beschäftigt. Seit 9 Jahren ist er als Garagenwächter tätig. Pat. war verheiratet, die Ehe war gut.

Frühere Erkrankungen: Vor 20 Jahren erlitt Pat. durch Unfall einen schweren Schädelbruch, von dem er jedoch keinerlei Beschwerden oder Störungen zurückbehielt.

Pat. soll früher getrunken haben. In den letzten Jahren will er so gut wie abstinent gewesen sein. Nikotin 0.

Primärcharakter: (Schwiegersohn). Sehr willig, gutmütig, etwas unselbständig, ließ sich gerne von der Ehefrau leiten. Er selbst schildert sich als ruhig und weich.

Zwei Jahre vor der Klinikaufnahme, d. h. im Alter von 66 Jahren, ist Pat. bei Glatteis gefallen. Seitdem soll er häufig über Kopfschmerzen geklagt haben und ließ etwas im Gedächtnis nach. Außerdem fiel seit dieser Zeit eine gewisse Hilflosigkeit und Stumpfheit auf.

Jetzige Erkrankung: Im September 1939 verstarb die Ehefrau. Seit dieser Zeit wurden die geschilderten psychischen Veränderungen besonders deutlich in ihrer Ausprägung. Pat. fiel den Angehörigen durch innere Unruhe auf, er klagte über Kopfschmerzen und Schwindelanfälle und schlief schlecht. Pat. war gezwungen, seine Arbeit aufzugeben. Das Gedächtnis ließ nach, er wurde insgesamt stumpf und interessenlos. Schließlich wurde ein Arzt hinzugezogen. Pat. wurde gegen Abend ängstlich-unruhig, sah große Löcher, glaubte, es werde ihm etwas passieren. Am 27. 12. 39 wurde Pat. mit der Diagnose Delirium tremens in unsere Klinik eingewiesen. Er war bei der Aufnahme völlig desorientiert, verwirrt und motorisch unruhig. In den nächsten Tagen bestand ein typisches Beschäftigungsdelir. Pat. verhielt sich wie in seinem früheren Kutscherberufe, er trieb die Pferde an, schnalzte, verlangte nach seiner Peitsche, glaubte, er sei in Mecklenburg, war motorisch sehr unruhig. Am folgenden Tage (28. 12.) ist Pat. motorisch ruhig, zeitweise geordnet und orientiert. Zwischendurch ist er stundenweise noch verwirrt, mit leicht konfabulatorischer Note.

In der Folgezeit tagsüber immer ruhig und geordnet, steht aber nachts häufig auf, verlangt seine Kleidung und meint, man habe ihn zum Aufstehen gerufen. In den letzten Tagen des Klinikaufenthaltes wirkte Pat. leicht depressiv. Bei der körperlichen Untersuchung fand sich an der Stirn eine alte reizlose Narbe, die von dem Unfall im Jahre 1897 herrührte. Sonst ließ sich, bis auf ein leichtes Altersemphysem und eine linksseitige Leistenhernie, intern und neurologisch kein krankhafter Befund erheben.

Am 8. 1. 40 konnte Pat. in gebessertem Zustande nach Hause entlassen werden.

Diagnose: Organische Wesensänderung im Senium, kurzphasige delirante Verwirrtheiten.

Fall 4. Situativer Faktor: Wohnungswechsel.

Frau Emma H., 68 Jahre alt, hiesiger Klinikaufenthalt vom 23. 5. 37 bis 14. 6. 37. Akt. Nr. 79773.

Familienanamnese: Vater soll geisteskrank gewesen sein, näheres darüber war nicht feststellbar.

Eigene Entwicklung: Normale Kindheitsentwicklung. Pat. hat nie geheiratet, weil sie von jeher gegen Männer eingestellt war. Sie bestritt ihren Lebensunterhalt durch Vermieten, bezog außerdem eine kleine Rente.

Primärcharakterlich wird Pat. von ihrer Nichte als von jeher etwas sonderlich bezeichnet. Sie kramte und packte ständig in ihrer Wohnung herum, brachte aber nichts rechtes zustande, konnte den Haushalt nicht übersehen. Die Schuld für ihr Versagen schob sie dann auf körperliche Beschwerden. Ein Zug von Mißtrauen war ihr von jeher eigen. So behauptete sie z. B. verschiedentlich, man habe sie bestohlen, unternahm aber nie irgendwelche Schritte

dagegen. Im übrigen sei sie sehr gutmütig gewesen, fiel aber dadurch etwas lästig, daß sie sich in übertriebener Weise in fremde Angelegenheiten einmischte, alles besser wissen wollte und rechthaberisch war.

Jetzige Erkrankung: Ostern 1937 mußte Pat. krankheitshalber (Herzbeschwerden, Kopfschmerzen und starke Schwindelanfälle) ihre alte Wohnung aufgeben.

Nach dem Wohnungswechsel stellten die Angehörigen eine auffällige und rapide psychische Veränderung fest. Pat. wirkte schwermütig, weinerlich, schlief kaum, jammerte dauernd, äußerte Selbstvorwürfe, religiöse Skrupel und Suicidabsichten. Sie wurde gänzlich entschlußlos. In zunehmendem Maße äußerte sie dann schwere, ängstliche Befürchtungen (sie werde verbrannt, komme in die Hölle usw. usw.).

Am Einweisungstage verweigerte sie die Nahrung, lief weg, wurde in gänzlich verstörtem Zustande von der Polizei aufgegriffen und in die Klinik eingewiesen.

Pat. machte hier einen schwerst ängstlichen Eindruck, war örtlich und zeitlich nicht orientiert, behauptete mit 11 Jahren wegen Kopftyphus schon einmal hier gewesen zu sein. Sie kam in stark verwahrlostem Zustand zur Aufnahme.

26. 5. Weiterhin schwerst ängstlich, kaum explorabel. Sie behauptet, im Keller das Schreien anderer Patienten zu hören, hat Angst bei lebendigem Leibe verbrannt zu werden, befürchtet mit elektrischen Strahlen gequält zu werden. Bei der körperlichen Untersuchung findet sich eine Linksverbreiterung des Herzens mit systolischen Unreinheiten über allen Ostien und ein Blutdruck von 180/110. Der übrige interne und neurologische Befund ist regelrecht und dem Alter entsprechend.

Gegen Anfang Juni 1937 wird Pat. allmählich ruhiger, geordneter und beschäftigt sich mit leichter Hausarbeit.

11. 6. Bei einer Nachexploration negiert Pat. die früher geäußerten Wahnideen, kann sich gar nicht daran erinnern, äußert: „ich fühlte mich nur immer so unglücklich und allein". Nach dem Umzug sei sie verzweifelt gewesen, habe nicht gewußt, wo sie ihre Sachen unterbringen sollte.

Pat. ist örtlich und zeitlich orientiert, noch deutlich depressiv-weinerlich und verstimmt.

Am 14. 6. 37 wird Pat. nach der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn verlegt.

Diagnose: Depressiv-ängstliche reaktive Psychose mit illusionären Umdeutungen im Senium.

Fall 5. Affektive und situative Faktoren, zusammentreffend: Tod des Ehemannes und Verlust langjähriger Stellung.

Frau Helene E., 68 Jahre alt, Klinikaufnahme 28. 12. 39, 10. 1. 40 in der Klinik verstorben. Akt. Nr. 84 792.

Familienanamnese: (Angaben der Tochter) o. B.

Eigene Anamnese: Normale Kindheits- und Schulentwicklung. Pat. hat nach der Schulentlassung mit 13 Jahren bis zu ihrer Verheiratung beim Bauern gearbeitet. Sie war auch noch während der Ehe als Reinmachefrau und Waschfrau tätig.

Primärcharakter: Immer heiter, lustig, verträglich, liebte Gesellschaft, hielt viel von ihrem Ehemann, war eine unermüdliche Arbeiterin und fürsorgliche Mutter.

Frühere Erkrankungen: Außer einem Gallenleiden ist Pat. immer gesund gewesen.

Jetzige Erkrankung: Von der Pat. selbst war auf Grund des psychischen Zustandes keine verwertbare Anamnese zu erheben. Die Tochter gab an, nach dem Tode des Ehemannes der Pat. sei diese „geistig nicht mehr auf der Höhe gewesen". Sie hatte vorher den Ehemann, der ein Krebsleiden hatte, hingebungsvoll gepflegt und bedurfte dabei nicht der Hilfe ihrer Kinder, behielt auch bis zuletzt die eigene Wohnung bei. Besonders seit etwa Ende 1938 wurde Pat. auffallend vergeßlich, konnte nicht mehr mit Geld umgehen, verlegte Gegenstände. Kam dadurch schließlich auch mit dem Haushalt nicht mehr zurecht. Nachts kramte sie in der Wohnung herum, beging unsinnige Handlungen (trug ihr Bettzeug aus dem Hause, schlief im Freien, kramte dauernd unter ihren Sachen). Es ist noch zu vermerken, daß mit dem Tode des Ehemannes die Aufgabe ihrer letzten Haushaltsstellung — die Pat. 25 Jahre innehatte — zusammenfiel. In den letzten zwei Wochen vor der Klinikaufnahme klagte Pat. über schlechtes Sehen und war appetitlos.

Bei der Aufnahme in der Klinik (28. 12. 39) ist Pat. örtlich und zeitlich desorientiert, schlecht fixierbar, faßt die Fragen nicht sinngemäß auf, sie konfabuliert und ist leer-geschwätzig. Daten aus der jüngsten Vergangenheit bringt sie wirr durcheinander. Sie ist leicht ängstlich-widerstrebend.

Die körperliche Untersuchung stößt bei dem geschilderten psychischen Verhalten auf große Widerstände. Der zweite Aortenton akzentuiert, der Puls etwas hart, RR. 150/95. Sonst ist intern bis auf eine Arthrosis der Kniegelenke kein wesentlicher Befund zu erheben.

Neurologisch: Herabgesetzter Visus, Hirnnerven soweit prüfbar o. B. Die Reflexe sind auf der rechten Körperseite etwas lebhafter als links, sichere Pyramidenzeichen nicht feststellbar. Der Muskeltonus an den unteren Extremitäten ist erhöht und der Gang nur durch Unterstützung möglich. Wa.R. negativ.

Verlauf:

29. 12. Nicht fixierbar, spricht in Bruchstücken, perseveriert stark, logorrhoisch. Behauptet, der Mann sei vor 14 Tagen gestorben.

30. 12. Starker Rededrang, einfache Aufträge werden nur nach mehrfacher Aufforderung befolgt. Packt dauernd mit dem Bettzeug, wehrt Annäherung ängstlich ab. Zwangsgreifen.

3. 1. Zeitweise delirant, verwirrt.

4. 1. Stöhnt und jammert unverständlich, ist sehr hinfällig. Beginnende hypostatische Pneumonie, schlechte Nahrungsaufnahme.

10. 1. Exitus letalis.

Diagnose: Deliranter Verwirrtheitszustand im Senium, Encephalomalazie, dementiver Abbau.

Fall 6. Affektiver Faktor: Schockerlebnis.

Frau Johanna v. L. 91 Jahre alt, Aufnahme am 3. 1. 40, verlegt am 9. 5. 40. Akt. Nr. 84822.

Familienanamnese: Ein Bruder der Pat. soll an epileptischen Anfällen leiden. Ein Sohn der Pat. hat Suicid begangen (Bilanz-Suicid?).

Eigene Vorgeschichte: Normale Kindheits- und Schulentwicklung, hat gut gelernt. War bis zur Verheiratung — mit 25 Jahren — im elterlichen Haushalt, lebte dann in New York, Chicago, Brüssel und Antwerpen. Seit Ausbruch des Weltkrieges lebte Pat. in Deutschland.

Pat. ist bis auf eine Gebärmutteroperation nie ernstlich krank gewesen.

Primärcharakterlich war nichts auffälliges beobachtet worden.

Jetzige Erkrankung: Pat. lebte seit Jahren in einem Altersstift, wo sie selbst kochte und ihren Haushalt versorgte. Bei dem ersten Fliegeralarm in Hamburg am 4. 9. 39 wurde Pat. im Luftschutzkeller ängstlich-erregt. Sie hat sich danach nie wieder recht beruhigen können und verschlechterte sich rapide in ihrem psychischen Zustand. Pat. wurde seit dieser Zeit vergeßlich, war zeitweise verwirrt, mußte in ein Heim aufgenommen werden und schließlich am 1. 3. 40 in die hiesige Klinik verlegt werden.

Hier ist Pat. zeitweise desorientiert, verwirrt-ängstlich und äußerte dann die Wahnvorstellungen, umgebracht und verschleppt zu werden. In den Zwischenzeiten war Pat. äußerlich geordnet, legte eine leere konventionelle Höflichkeit an den Tag, brachte im Konversationsstile ein sich häufig wiederholendes, leeres Füllselgerede hervor. Auffällig war fernerhin ihre allgemeine Initiativeverarmung. Nachts wurden wiederholt delirante Verwirrtheitszustände beobachtet. Der körperliche Allgemeinzustand war dem Alter entsprechend reduziert, im übrigen waren intern und neurologisch keine Besonderheiten feststellbar.

Am 9. 5. 40 wurde Pat. in das Altersheim Bethel verlegt.

Diagnose: Dementia senilis, delirante Verwirrtheitszustände.

Fall 7. Situativer Faktor: Milieuwechsel.

Frau Thekla W., 86 Jahre alt, befand sich in der hiesigen Klinik vom 9. 4. 38—28. 4. 38. Akt. Nr. 81289.

Familienanamnese: o. B.

Eigene Vorgeschichte: (Neffe und Pensionsinhaberin.) Pat. wurde in einem Pensionat erzogen, war danach ein Jahr als Erzieherin in Frankreich tätig. Die Ehe mit einem Arzt war sehr glücklich. Keine Kinder. Der Ehemann starb im Jahre 1907.

Primärcharakter: Immer sehr fürsorglich, sparsam, fleißig, für sich sehr anspruchslos, verträglich, mitunter sehr vergnügt. Hatte nicht sehr viel Sinn für Gesellschaft. Nach dem Tode des Ehemannes zog Pat. zu ihrer verheirateten Schwester und führte dann — nach dem Tode dieser Schwester — den Haushalt. Nach dem Tode ihres Schwagers zog sie in eine Pension (Frühjahr 1937).

Jetzige Erkrankung: Von einem Neffen und der Pensionsinhaberin wurde uns übereinstimmend angegeben, daß die psychischen Auffälligkeiten der Pat. erst im letzten Jahre, nachdem Pat. in die Pension gezogen war, in Erscheinung traten. Nach Angaben des Neffen wurde die Kranke gedächtnisschwach, vernachlässigte sich in Kleidung und Körperpflege und ging wenig aus dem Hause. Sie wurde zunehmend mißtrauisch, war sehr um ihr Eigentum besorgt, meinte, sie werde bestohlen, verbarrikadierte sich und war nachts unruhig. Die zeitliche Orientierung war mitunter sehr mangelhaft (wußte abends nicht mehr, daß sie schon zu Mittag gegessen hatte). Wie die Pensionsinhaberin noch ergänzend berichtete, war Pat. bei ihrem Einzug körperlich recht hinfällig, jedoch psychisch zunächst unauffällig. Etwa ein halbes Jahr vor der Klinikaufnahme wurde sie nachts unruhig und ängstlich, vermutete Leute unter dem Bett, sah Flammen aus dem Safe schlagen, versteckte Wäsche, Geld und Eßwaren, die sie dann nicht wiederfand, glaubte dauernd, sie werde bestohlen, und war auch örtlich desorientiert. Zuletzt verkannte sie Personen, hielt die Pensionsinhaberin für ihre Mutter.

Pat. wurde am 9. 4. 38 in der hiesigen Klinik aufgenommen. In der Klinik war sie besonders nachts delirant-unruhig, packte mit dem Bettzeug, verkannte Personen, konfabulierte, war durch ihre gereizt-ängstliche Abwehr sehr schwierig. Die hochgradige Merkschwäche fiel von Anfang an auf und wurde von der Pat. mit Gelegenheitskonfabulationen verdeckt. Bei der körperlichen Untersuchung fand sich ein lautes systolisches Geräusch über allen Ostien und eine palpable Leber. Die Pupillen reagierten träge und wenig ausgiebig, die A. S. R. waren nicht sicher auslösbar. Die Blutserumreaktionen auf Lues waren sämtlich negativ.

Am 28. 4. 38 wurde Pat. in ungebessertem Zustand in die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn verlegt.

Klinische Diagnose: Korsakow'sches Syndrom und delirante Verwirrtheitszustände bei Demenzprozeß im Senium, Beeinträchtigungswahn.

Fall 8. Situativer Faktor: Krankenhausverbringung.

Herr Max M., 65 Jahre alt, befand sich in der hiesigen Klinik vom 2. 10. 39—26. 10. 39. Akt. Nr. 84376.

Familienanamnese: o. B.

Eigene Anamnese: Normale Kindheits- und Schulentwicklung. War Eisenbahner von Beruf.

Primärcharakter: War immer etwas jähzornig, leicht aufbrausend, ließ sich wenig sagen. War sehr sparsam und ehrlich. In seiner Freizeit interessierte er sich für landwirtschaftliche Fragen.

Alkohol: Soll immer stark getrunken haben.

Frühere Erkrankungen: Ist einmal „auf Leber behandelt worden". Vor kurzem wurde bei ihm ein Ulcus duodeni festgestellt.

Seit mehreren Jahren neigt Pat. zu Grübeleien, sprach sich nie richtig aus, war jedoch nie gröber auffällig, sondern lediglich leichter gereizt und aufbrausend.

Anamnese der letzten Erkrankung: Zwei Wochen vor der Aufnahme in die hiesige Klinik wurde Pat. wegen eines schon länger bestehenden Magenleidens in das Marienkrankenhaus Hamburg gebracht. Dort wurde Pat. sehr bald verwirrt und unruhig und unter der Diagnose senile Demenz (Verwirrtheitszustand, ulcus duodeni) zu uns verlegt.

Bei der Aufnahme (2. 10. 39) ist Pat. örtlich und zeitlich desorientiert. Er befindet sich in einem stark reduzierten körperlichen Allgemeinzustand, sonst ist intern und neurologisch kein besonderer Befund zu erheben. Die leichten Veränderungen im Liquor sprachen am ehesten für einen Gefäßprozeß.

5. 10. Es besteht ein typisches Korsakow'sches Syndrom mit Verlegenheitskonfabulationen, außerdem Andeutungen von Wortfindungsschwierigkeiten (Fingeragnosie).

17. 10. Encephalographisch: Allgemeine Hirnatrophie mäßigen Grades.

23. 10. Pat. verkennt völlig die Krankenhaussituation, er ist nachts häufig delirant und unruhig.

26. 10. Verlegung in die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn, Hamburg.

Nach der dortigen Krankengeschichte zunehmend motorisch unruhig und delirant. Klagt gelegentlich über Schmerzen im Leib.

12. 5. 40. Pat. kommt unter akuten abdominellen Symptomen zum Exitus.



Obduktionsbefund: Pachymeningitis haemorrhagica interna dextra, geringe Stirnhirnatrophie, Pyloruscarcinom, Peritonitis purulenta, Bronchopneumonie.
— Klinische Diagnose: Korsakow'sches Syndrom und delirante Verwirrtheitszustände bei Demenzprozeß im Senium.

Fall 9. Situativer Faktor: Milieuwechsel.

Frau Auguste S., 78 Jahre alt, hiesiger Klinikaufenthalt vom 2. 9. 37 bis 27. 11. 37. Akt. Nr. 80255.

Familienanamnese: o. B.

Eigene Vorgeschichte: Normale Kindheits- und Schulentwicklung. Nach der Schulentlassung erlernte Pat. die Schneiderei und war danach in verschiedenen Stellungen als Hausmädchen tätig. 1879 Eheschließung. Aus der Ehe gingen 12 Kinder hervor, davon sind 7 als klein verstorben.

Primärcharakter: Pat. war von jeher sehr fleißig, arbeitsam, energisch und aktiv. Sie liebte es, in der Familie den Ton anzugeben. War dabei eine sehr fürsorgliche und aufopfernde Mutter. War immer sehr lustig und hatte einen Hang zum Theatralischen.

Jetzige Erkrankung: Von der Tochter der Pat. wurde uns mitgeteilt, daß Pat. bis in die letzte Zeit immer noch sehr rüstig und beweglich war. Auch das Gedächtnis hätte nicht nachgelassen. Am 20. 3. 37 übersiedelte Pat. allein von Leipzig nach Hamburg zu ihrer Tochter. War in den ersten Wochen psychisch unauffällig wie bisher. Seit Mai 1937 traten dann allmählich psychische Auffälligkeiten auf. Pat. wurde nachts unruhig, konnte nicht mehr schlafen, durchsuchte die Wohnung, meinte, ihr Bruder sei da und zerschlug des nachts einen Spiegel mit einer Taschenlampe, weil sie glaubte, ihre Tochter wolle sie aus der Wohnung aussperren. War tagsüber stimmungsmäßig sehr gereizt, dabei vergeßlich, ließ den Gashahn offen stehen und das Licht brennen. Steckte Briefe und Kleider in den Ofen. In den letzten Tagen vor ihrer Einweisung in die hiesige Klinik lief sie auf die Polizeiwache und bestand darauf, von ihrem Sohn wieder zurück nach Leipzig geholt zu werden.

Pat. wurde dann am 2. 9. 37 in die hiesige Klinik eingewiesen. Bei der Aufnahme war Pat. zeitlich und örtlich nur ungenügend orientiert, produzierte ein unverbindlich-leeres Geschwätz, schweift dabei auf Einzelheiten und Nebensächlichkeiten ab. Es besteht eine angedeutete Euphorie. Bei Widersprüchen ungehalten, gereizt, drastisch und ausfällig. Völlig kritiklos und urteilsschwach.

Der körperliche Befund ergab einen dem Alter entsprechenden reduzierten Allgemeinzustand. Es bestand fernerhin hochgradiges Altersemphysem. Die Lungengrenzen waren nur schlecht verschieblich. Die Herzgrenzen waren etwas nach rechts und links verbreitert, systolische Geräusche über allen Ostien. In der Medianlinie des Abdomens mannskopfgroße Hernie, die schon seit Jahren bestanden haben soll.

Neurologisch war kein krankhafter Befund zu erheben.

Während ihres hiesigen Klinikaufenthaltes änderte sich der Zustand der Pat. nur wenig. War meist flach-euphorisch, geschwätzig, kritiklos und mitunter sehr eigensinnig.

Pat. wurde am 27. 9. 37 in unverändertem Zustand in die Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn verlegt.

Diagnose: Dementiver Abbau im Senium, nächtliche Verwirrtheitszustände mit deliranten Zügen.

Fall 10. Affektiver Faktor: Goldene Hochzeit.

Frau Katharina B., 74 Jahre alt, war in der hiesigen Klinik vom 27. 5. 39 bis 6. 6. 39. Akt. Nr. 83591.

Familienanamnese: o. B.

Eigene Vorgeschichte: Normale Kindheitsentwicklung. Pat. hat die Volksschule besucht, soll nicht besonders gut gelernt haben. Nach der Schulentlassung ist Pat. als Dienstmädchen bis zu ihrer Eheschließung in Stellung gewesen. Die Ehe soll gut gewesen sein. Pat. hat 14 Kinder geboren, wovon 6 leben.

Primärcharakter: Pat. war immer fleißig und anständig, liebte Geselligkeit, konnte sich leicht anschließen, war gerne lustig. Soll nie Stimmungsschwankungen gehabt haben.

Frühere Erkrankungen: Pat. ist früher nie ernstlich krank gewesen. Vom 5. 4. 38—10. 5. 38 lag Pat. im Marienkrankenhause in Hamburg wegen einer Herzinsuffizienz (Myocardschaden). Im Mai 1939 wurde Pat. im A. K. St. Georg wegen Schwindelanfällen aufgenommen. Diese Schwindelanfälle sollen schon seit einigen Jahren bestehen. Pat. soll auch manchmal bewußtlos hingefallen sein. Keine Krämpfe, kein Zungenbiß.

Jetzige Erkrankung: Das Gedächtnis der Pat. soll in letzter Zeit etwas nachgelassen haben. Am 19. 5. 39 feierte Pat. ihre goldene Hochzeit mit einer großen Feier. Sie äußerte Bedenken über das Bedienen der Gäste, hatte Angst, daß ihre Tochter sie wegen ihres Versagens tadeln würde. Wußte nicht mehr, wo sie die Sachen hingestellt hatte, war ratlos und unschlüssig. War dabei leicht reizbar und meinte, ihre Gedanken „wären hinüber". Äußerte auch Suicidabsichten. Eine Woche danach machte Pat. einen Suicidversuch durch einen Schnitt an der Beugeseite des linken Unterarmes. Die Art. rad. wurde nicht verletzt. Pat. wurde dann im A. K. St. Georg aufgenommen.

Am 27. 5. 39 wurde Pat. dann in die hiesige Klinik überführt.

Der körperliche Befund ergab einen reduzierten Allgemeinzustand, Cyanose des Gesichts und einen beginnenden Ascites mit leichten Knöchelödemen. Die Untersuchung der Lungen ergab ein abgeschwächtes Atemgeräusch und einen herabgesetzten Stimmfremitus. Die Herzgrenzen waren etwas nach rechts und links verbreitert. Es bestand eine Arythmia perpetua.

Neurologisch: Bis auf einen langsamen horizontalen Nystagmus war kein krankhafter Befund zu erheben. Die Blutserumreaktionen auf Lues waren negativ.

Pat. war bei der Aufnahme zeitlich und örtlich orientiert, ruhig und gab geordnet Auskunft. Stimmungsmäßig war ihr Verhalten leicht depressiv, weich-anschmiegsam.

6. 6. 39. Pat. ist völlig geordnet, dabei schwerst depressiv, äußert Selbstvorwürfe, ist völlig hoffnungslos, verzweifelt und ratlos.

Pat. wird heute auf Wunsch der Angehörigen gegen Revers in ungebessertem Zustand nach Hause entlassen.

Diagnose: Organische Wesensänderung, depressives Zustandsbild.

Fall 11. Situativer Faktor: Krankenhausverbringung.

Frau Mathilde K., 81 Jahre alt, hiesiger Klinikaufenthalt vom 17. 10. 37 bis 5. 11. 37. Akt. Nr. 80445.

Familienanamnese: o. B.

Eigene Vorgeschichte: Normale Kindheits- und Schulentwicklung. Soll in der Schule sehr gut gelernt haben. Nach der Schulentlassung war Pat. bis zu ihrem 18. Lebensjahr im elterlichen Betrieb tätig. Danach ging sie nach Hamburg, wo sie als Hausmädchen arbeitete. Später war sie in einem Korsettgeschäft beschäftigt und brachte es bis zu der Stellung einer Leiterin. Pat. war zweimal verheiratet. Die zweite Ehe wurde im Jahre 1900 geschlossen. Der Ehe entstammt ein Sohn.

Primärcharakter: Pat. war eine ausgesprochen gute Geschäftsfrau, liebte es, den Ton in der Familie anzugeben, war ihrem Ehemann überlegen. War rechthaberisch, dabei arbeitsam und sehr hart gegen sich selbst. War stets auf Sparsamkeit und Geldverdienst bedacht.

Frühere Erkrankungen: Nie ernstlich krank gewesen. Seit etwa Mitte 1937 erkrankte Pat. an einem Gallenleiden. Hatte Koliken und wurde deswegen am 21. 9. 37 ins Krankenhaus Bethanien zur Beobachtung aufgenommen. Wurde von da am 21. 9. 37 wieder entlassen.

Jetzige Erkrankung: Der Sohn berichtete, daß Pat. seit dieser Zeit psychisch auffällig geworden sei. Pat. konnte nachts nicht mehr schlafen, war sehr reizbar, verwechselte ihren Sohn mit dem Ehemann und glaubte, der Sohn wolle sie vergiften. Im Laufe der Zeit wurde sie stiller und ängstlich, meinte, ein Mann in roter Kleidung bedrohe sie.

Am 17. 10. 37 wurde Pat. in die hiesige Klinik eingewiesen. Sie war örtlich und zeitlich desorientiert, hatte deutliche Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörungen und konfabulierte.

Die körperliche Untersuchung ergab keinerlei krankhaften Befund, insbesondere wurden keine neurologischen Ausfälle gefunden.

20. 10. 37. Pat. verkennt völlig die Krankenhaussituation, ist nachts sehr unruhig und zum Teil delirant.

23. 10. Pat. steht auf, ist ruhig, spricht nur wenig, ist gereizt.

30. 10. Örtlich orientiert, drängt nach Hause.

5. 11. Pat. wird auf Wunsch der Angehörigen nach Hause entlassen.

Diagnose: Senile Wesensänderung, Korsakow'sches Syndrom, delirante Verwirrtheiten.

Fall 12. Situativer Faktor: Wohnungswechsel.

Herr Adolf L., 70 Jahre alt, befand sich in der hiesigen Klinik vom 3. 10. 39—1. 12. 39. Akt. Nr. 84382.

Familienanamnese: Ein Bruder des Pat. soll in einer Nervenklinik verstorben sein, angeblich an Magenkrebs.

Eigene Vorgeschichte: Normale Kindheits- und Schulentwicklung. Pat. entstammt einer Beamtenfamilie und hat das Realgymnasium besucht. Soll ein hervorragender Schüler gewesen sein. War dann später sein ganzes Leben lang in ein und derselben Stellung als Sekretär bei einem Justizrat.

Primärcharakter: (Bruder des Pat.) War sehr gutmütig und hilfsbereit, soll immer ein sehr stiller Mensch gewesen sein. Las sehr viel in seiner Freizeit, hatte aber im übrigen nur Interesse für seinen Beruf.

Frühere Erkrankungen: Als Kind Gelenkrheumatismus, sonst angeblich immer gesund gewesen. Schon als Kind Herzklopfen, auch vorübergehend Kurzluftigkeit bei Anstrengungen.

Jetzige Erkrankung: 14 Tage vor der Aufnahme in die hiesige Klinik zog Pat. in eine neue Wohnung, nachdem er 20 Jahre in der alten Wohnung gelebt hatte. Bei seinem Einzug bemerkte er, daß in der neuen Wohnung

Ungeziefer war. Das Haus sollte sofort desinfiziert werden und er sollte sich in der Zwischenzeit bei Verwandten aufhalten. Dort fing er an seine Kleidung zu vernachlässigen, meinte, die Menschen hätten etwas gegen ihn. War motorisch unruhig und zeitlich nur ungenügend orientiert. Wegen Beklemmungsgefühlen wurde er am 1. 10. 39 in das U. K. Eppendorf eingewiesen.

Kam von dort wegen starker motorischer Unruhe am 3. 10. 39 in unsere Klinik.

Der körperliche Befund ergab einen schlechten Allgemeinzustand. Die Herzgrenzen waren links verbreitert, über allen Ostien — besonders an der Spitze — lautes, schabendes, systolisches Geräusch. Pat. war bei der Aufnahme örtlich und zeitlich desorientiert, motorisch unruhig und bettflüchtig. Sprach dauernd von Leuten, die wie Juden aussähen und gegen ihn eingestellt seien.

15. 10. Noch immer unruhig, bettflüchtig, läuft planlos im Saal umher. Nachts sehr unruhig, teils delirant.

Im Laufe der nächsten Wochen wurde Pat. etwas ruhiger, konnte aufstehen, war dabei sehr hinfällig, leicht ermüdbar und klagte über Atemnot. Stimmungslage gedämpft.

Pat. wurde am 1. 12. 39 in ambulante ärztliche Behandlung entlassen.

Diagnose: Passagerer deliranter Verwirrtheitszustand.

Fall 13. Konflikt mit dem Sohne wegen Aufgabe der Arbeit.

Frau Helene S., 85 Jahre alt, war in der hiesigen Klinik vom 7. 4. 38—13. 4. 38. Akt. Nr. 81 277.

Familienanamnese: o. B.

Eigene Vorgeschichte: Normale Kindheits- und Schulentwicklung. Pat. war verheiratet, hatte 5 gesunde Kinder. Die Ehe war bis zum letzten Kinde gut, dann kam ein Zerwürfnis. Der Mann ging zur See und kehrte nie wieder. Pat. hatte während der ganzen Zeit ihrer Ehe als Reinmachefrau arbeiten müssen.

Primärcharakter: Pat. war sehr herrschsüchtig, dabei fleißig, sauber und tüchtig. War gegen sich selbst und andere sehr streng, übertrieben in Bezug auf Pünktlichkeit. War überall sehr beliebt.

Jetzige Erkrankung: Pat. hat bis zu ihrem 85jährigen Geburtstage gearbeitet. Am nächsten Tage — 11. 2. 38 — kam ihr Sohn von See zurück. Die Kinder rieten ihr, die Stellung als Garderobenfrau aufzugeben. Pat. hatte dann einen Konflikt mit dem Sohne wegen eines Sparkassenbuches. Pat. war danach sehr erregt, verwirrt, glaubte, ein Mann namens Paul sei in der Wohnung und wolle sie hinauswerfen. Pat. verlegte Sachen, beschuldigte ihren Sohn des Diebstahls. Nachts war Pat. sehr unruhig, schrie laut, lief nur mangelhaft bekleidet auf die Straße.

Am 7. 4. 38 wurde Pat. dann in die hiesige Klinik eingewiesen. Pat. war bei der Aufnahme zeitlich und örtlich desorientiert, bettflüchtig, verkannte Personen, war dabei ängstlich. Der körperliche Befund ergab ein nach links verbreitertes Herz mit hebendem Spitzenstoß. Systolisches Geräusch über der Herzspitze. Die Pupillen waren leicht entrundet, reagierten träge auf Licht und Convergenz.

9. 4. Pat. ist unglücklich, daß sie nicht mehr arbeiten kann, klagt über ihr schlechtes Gedächtnis, konfabuliert. Pat. ist dabei unruhig, bettflüchtig, delirant.

11. 4. Pat. ist unruhig, klettert über die Steckbretter, wirft das Bettzeug auf den Fußboden.

13. 4. Pat. wird wegen Platzmangels nach der Heil- und Pflegeanstalt Langenhorn verlegt.

Diagnose: Passagere delirante Verwirrtheitszustände im Senium, Demenz.

Zusammenfassende Betrachtungen und Schlußfolgerungen an Hand des eigenen Krankenmateriales.

Statistisches:

Wir wählten an Hand der Diagnosenbücher der Klinik insgesamt 400 Krankengeschichten aus, bei denen diagnostisch ein Hinweis auf hirnorganisch bedingte, psychische Störungen im Greisenalter bestand.

Es handelt sich um die Jahrgänge 1934 bis Mitte 1940. Um unseren Untersuchungen ein zuverlässiges Material zugrunde zu legen, konnten wir, als für die Bearbeitung geeignet, nur 83 Krankengeschichten verwenden, die inhaltlich die in der Einleitung gegebenen Bedingungen zu erfüllen schienen. Die geringe Zahl von nahezu 21 v. H. verwertbarer Fälle (bezogen auf das willkürlich herausgegriffene Gesamtmaterial) beruht vor allem darauf, daß besonders in den frühesten Jahrgängen anamnestische Einzelheiten fehlten, auf die wir nicht verzichten konnten. Zum anderen ist es verständlich, daß dem hier interessierenden Problem besonders in den letzten Jahren bei den Anamnesenerhebungen entsprechende Aufmerksamkeit zugewendet wurde. Die für die Bearbeitung verwendeten 83 Fälle haben dafür den Vorteil, daß sie dem Untersucher selbst genau bekannt sind, bzw., daß mit anderen Ärzten der Klinik darüber Rücksprache genommen werden konnte.

Bei den besagten 83 Fällen handelt es sich um 55 Frauen und 28 Männer. Das Aufnahmealter der Kranken schwankt zwischen dem 60. und 91. Lebensjahr.

Die Mehrzahl unserer Kranken befand sich im Alter von 65 bis 78 Jahren.

Krankheitsverläufe:

Es sind verstorben	14 Fälle = 17 v. H.
Als ungeheilt in andere Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalt, Versorgungsheim) verlegt, bzw. zu den Angehörigen entlassen wurden	35 Fälle = 42 v. H.
Als gebessert bezeichnet wurden.	21 Fälle = 25 v. H.
In Behandlung stehen noch.	13 Fälle = 16 v. H.

Naturgemäß kann die Übersicht nur ein ungenaues Bild von den Verläufen geben, da ein Teil der Kranken der ferneren Beobachtung entzogen und nichts weiteres über deren Schicksal in Erfahrung zu bringen war.

Unter Anlegung strengster Auslese-Maßstäbe, wie wir sie eingangs bei der Abgrenzung unserer klinischen Problematik gegeben haben, waren von den 83 Fällen (100 v. H.) als positiv für unsere Fragestellung zu bewerten 13 Fälle (16 v. H.). Dabei ist zu bemerken, daß wir verschiedene Fälle — im Interesse einer lückenlosen Darstellung — weggelassen haben, die mit allergrößter Wahrscheinlichkeit als positiv zu bewerten sein würden, was die Von-Hundert-Zahl noch etwas erhöhen würde.

Als negativ wurden von uns bezeichnet solche Kranke, bei denen es strittig war, ob eine gleichzeitig oder vorher bestehende körperliche Komplikation (z. B. fieberhafte Erkrankungen) eher als auslösendes Moment in der angegebenen Definition anzunehmen war, als situative oder affektive Faktoren.

Weiterhin schieden solche Fälle aus, bei denen es sich doch herausstellte, daß die psychischen Störungen lediglich als endogene Psychosen bei Senilen zu werten waren. Es handelte sich dabei vorzugsweise um depressive, seltener um hypomanische Verstimmungen im Senium, bei denen hirnorganisch bedingte, senile Wesensänderungen nicht vorlagen, oder eine untergeordnete Rolle spielten.

Die übrigen als negativ zu bewertenden Fälle betrafen eindeutig hirnorganisch bedingte psychische Störungen im Greisenalter, bei denen sich kein maßgeblicher situativer oder affektiver Faktor auffinden ließ, der für die Manifestierung der Störungen oder das Ingangkommen des dementiven Verfalls angeschuldigt werden könnte. Es handelte sich hierbei meist um Kranke, die sich schon seit Jahren in einem fortschreitenden, psychischen Verfallsprozeß — sei es infolge von Hirnarteriosklerose oder einfacher seniler Demenz — befanden.

Die 16. v. H. unserer Kranken, die nach unserem Dafürhalten als positiv im Sinne der hier interessierenden Problematik von uns angesehen werden, wurden im kasuistischen Teil der Arbeit vorgelegt.

Aus unserer Zusammenstellung geht hervor, daß sämtliche Formen hirnorganisch bedingter, psychischer Störungen im Senium in der angegebenen Weise zur Manifestierung kommen können. Die Skala geht von der progredienten, organischen Persönlichkeitsveränderung über den progredienten, einfachen, dementiven Ab-

bau, zur deliranten Verwirrtheit, zum amnestischen Symptomenkomplex und schließt den senilen Beeinträchtigungswahn noch ein. Wenn die erstgenannten Störungen als „persönlichkeitsfern" im psychopathologischen Sinne anzusehen sind, so taucht bei den Wahnbildungen die Frage auf, ob neben dem organischen Abbauprozeß gewisse Beziehungen zu Primärcharakter und Heredität bestehen. Wir möchten diese Frage nur anklingen lassen, ohne weiter darauf einzugehen, da sie über den Rahmen der Arbeit hinausgeht.

Wenn wir das Endergebnis unserer Arbeit zusammenfassen, so wird man auf Grund der klinischen Tatsachen bei kritischster Bewertung des Sachverhaltes zu der Annahme gezwungen, daß in einem beachtlichen Von-Hundert-Satz derartiger Krankheitsfälle, einschneidende Veränderungen der Lebenssituation und Faktoren von affektiver Wertigkeit für das Inerscheinungtreten organisch bedingter, psychischer Störungen aller Art bei alten Menschen von schicksalsmäßiger Bedeutung sind. Bei der Aufrollung des Problems versuchten wir, mehr aphoristisch eingestreuten Beobachtungen früherer Autoren nachzugehen und deren Richtigkeit an einem genau durchgearbeiteten klinischen Krankenmaterial zu prüfen. Wie man sich die Zusammenhänge im einzelnen zu denken hat, ist fraglich und muß weiterhin problematisch bleiben. Am ehesten drängt sich immer wieder der Vergleich einer totalen Entwurzelung oder eines „labilen Gleichgewichtes" auf, wobei wir uns dessen bewußt sind, daß es sich hierbei nur um bildhafte Verdeutlichungen handelt. Es lag uns lediglich daran, verstreute, frühere Beobachtungen zu einem klinischen Faktum, das nicht übersehen werden soll, zu erheben.

Schrifttumverzeichnis

Bonhour, *Alberto*, Über 3 Fälle seniler Demenz. Rev. Criminologie etc. 1934, 21, p. 14 (span.). Ref. in Zbl. 1934, Bd. 73, p. 613. — *Bürger-Prinz*, *H.*, und *Jacob*, Anatomische u. klin. Studien zur senilen Demenz. I. Teil. Z. Neur. 1938, Bd. 161, p. 539. — *Bumke*, Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 2. Aufl. 1924. Senile Psychosen, p. 774. — *Fischer*, *Oskar*, Ein weiterer Beitrag zur Klinik u. Pathologie der presbyophrenen Demenz. Z. Neurol. 1912, Bd. 12, p. 99. — *Fünfgeld*, Über atypische Symptomenkomplexe bei senilen Hirnkrankheiten und ihre Bedeutung für das Schizophreniebild. Mschr. Psychiatr. 1933, Bd.85, p. 210. Ref. in Zbl. 1934, Bd. 69, p. 231. — *Gouriou* und *Scherrer*, Senile Demenz bei Hirngeschwulst ohne Tumorsymptome. Ann. méd.-psychol. 94. II. 831, 1936. Ref. in Zbl. 1937, Bd. 84, p. 671. — *Kehrer*, Die Psychosen des Um- und Rückbildungsalters. Im Zbl. Neur. 1921, Bd. 25, Heft 1—2, p.1 — 104. — *Kraepelin*, Lehrbuch der Psychiatrie, II. Bd. 1904, p. 487. Lehrbuch

der Psychiatrie, II. Bd. 1. Teil 1910 Das senile und präsenile Irresein. C. Altersblödsinn, p. 613. — *Lange*, Kurzgefaßtes Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig 1939. Kap. Senile Demenz, p. 112. — *Marchand*, Die senile Demenz ohne Hirnarteriosklerose. Ihre Beziehungen zur Alzheimerschen u. Pickschen Krankheit. Ann. méd.-psychol. 95, I. 689, 1937, Ref. Zbl. 1937, Bd. 86, p. 679. — *Meggendorfer*, Zur Ätiologie der Dementia senilis und der Arteriosclerosis cerebri. Psychiatr. Neur. Wschr. 1928, Nr. 37, p. 424. — *Meissner*, Probleme der präsenilen und senilen Psychosen. Roczn. psychjatr. H. 24, p. 71, 1935 (poln. mit franz. Zusammenfassung). Ref. in Zbl. 1935, Bd. 76, p. 496. — *Runge*, Die Geistesstörungen des Greisenalters. p. 597, Kap. II. Die senilen Psychosen. — *Sierra, Adolfo*, Der heutige Stand der Frage der senilen Demenzformen. Semana méd. 1933, II. p. 829 (span.). Ref. in Zbl. 1934, Bd. 70, p. 405. — *Springlova, Marie*, und *Otakar, Jonata*, Senile Psychosen nach Schädelbrüchen. Cas. lék. cesk. 1929, II. p. 1242 (tschechisch) franz. Zusammenfassung p. 1245. Ref. Zbl. 1930, Bd. 55, p. 827.

Kombination einer Schizophrenie mit amyotrophischer Lateralsklerose

Von

Wilhelm Raithel

(Aus der Landesheilanstalt Haina/Kassel. Direktor: Landesobermedizinalrat Dr. *E. Zeiss*)

(Eingegangen am 14. Januar 1941)

Wenn auch das Krankheitsbild der amyotrophischen Lateralsklerose (a. L.) allgemein bekannt ist, und die Kombination dieser Erkrankung mit einer Schizophrenie schon wiederholt beschrieben wurde, so ist die Kombination dieser beiden Erbkrankheiten doch recht selten und von einiger Bedeutung, so daß die Veröffentlichung eines neuen Falles dieser Art gerechtfertigt erscheint.

In allen bis jetzt beschriebenen Fällen wurde festgestellt, daß sich erst im Verlauf der a. L. schizophrene Symptome entwickelten. Es steht demnach nicht einwandfrei fest, daß es sich dabei um eine sichere und reine endogene Psychose (Schizophrenie) handelte, denn es ist durchaus denkbar, daß sich im Verlauf der schweren organischen Gehirnerkrankung bei der a. L. eine symptomatische Psychose mit schizophrenie-ähnlichem Zustandsbild entwickeln kann. Gerade im Hinblick auf die Theorie von *Kleist*, *Ewald* u. a., wonach es sich bei der Schizophrenie um eine psychische Systemerkrankung handelt, die mit den heredo-degenerativen Erkrankungen der Neurologie zu vergleichen ist, und in Anbetracht der Ergebnisse der neueren Schizophrenieforschung, die das Wesen der Schizophrenie nicht mehr in der Psychose, sondern in einer ihr zugrunde liegenden „Somatose" (funktionellen körperlichen Erkrankung) sieht, kann die Erforschung dieser Kombination für die Pathogenese der Schizophrenie von Bedeutung sein.

Bei dem nun zu schildernden Fall bestand die Schizophrenie länger als 20 Jahre, und erst dann entwickelte sich eine rasch fortschreitende a. L., die innerhalb eines Jahres zum Tode führte.

G. Sch., geb. 1881, Metzger.

Über seine Entwicklungsjahre ist nichts Besonderes zu berichten. Sch. war nie ernstlich krank, in der Schule war er gut. Von 1901—1903 diente er als Husar in Kassel. 1910 trat erstmalig ein Verstimmungszustand auf. Die

Depression wurde damals als reaktiv angesehen und auf den Ärger und Verdruß des Kranken in seinem Geschäft zurückgeführt. Den Weltkrieg machte er von 1914 bis Juni 1918 mit. Seine Führung während dieser Zeit war gut, so daß er befördert wurde. Im Juni 1918 kam er wegen eines erneuten Depressionszustandes in nervenärztliche Beobachtung. Am 19. 2. 1919 wurde er unter der Diagnose: „Krankhafte Depression auf konstitutioneller Grundlage" als ungeheilt entlassen. Bei seiner zweiten Aufnahme in das Nerven-Lazarett Kassel, die am 5. 2. 1920 erfolgte, zeigten sich erstmals ausgesprochen schizophrene Symptome. Sch. hörte Stimmen, befand sich in einer dauernd depressiven Stimmungslage, unternahm zwei ernsthafte Selbstmordversuche. Mittels Elektrizität wurden ihm, wie er klagte, seine Eingeweide herausgezogen. In seinen Selbstgesprächen kamen immer wieder die Wortneubildungen „Dobberinmezzo" und „Iffi" vor.

Am 26. Juni 1922 wurde Sch. in unsere Anstalt überwiesen. Körperlich bot er nichts Auffälliges. Psychisch zeigte er einen schizophrenen Defektzustand, verkannte Personen, hielt lange Selbstgespräche und erzählte völlig zerfahrene Geschichten, die er erlebt haben wollte. „Ich kann mich hier nicht unterhalten, die sprechen eine ganz andere Sprache, sagen immer Dobberinmezzo, kann nicht mit, weil ich die Ausdrücke nicht kenne." Von 1922 bis 1925 litt Sch. unter seinen Wahnideen und Sinnestäuschungen sehr. Stundenlang konnte er mit seinen „Stimmen" schimpfen und führte dabei zerfahrene Selbstgespräche und verschrobene Reden. „Ich habe wie eine Flamme im Kopf, die Feuerzentrale habe ich früher schon gehabt, große Dampfkessel, ich sehe Blasen an der Wand, ich habe immer Hammelblasen mit Schinkenwurst gefüllt." Meistens unterhielt er sich nach seinen Angaben mit Frauenstimmen, grimassierte sehr stark und nahm während seiner „Gespräche" bizarre Stellungen ein. Einmal entwich Sch. durch eine zufällig offen stehende Tür, eilte in eine Kammer und wühlte in dem dort befindlichen Müllkasten. Als er zurück gebracht werden sollte, war er aggressiv gegen die Pfleger. Nach einer Remission, während der aber wegen seines weitgehenden Persönlichkeitszerfalles eine Entlassung nicht erfolgen konnte, trat 1931 eine Verschlechterung des Zustandsbildes ein. Sch. war nun überhaupt nicht mehr zu fixieren, verhielt sich gesperrt und kataton, um aber plötzlich unter den Einfluß seiner „Stimmen" unberechenbare Handlungen zu begehen. Er griff Mitkranke und Pfleger an und versuchte sie zu würgen. In den letzten Jahren (1934—38) zeigte sich bei Sch. ein völliger Persönlichkeitszerfall mit allen schizophrenen Krankheitszeichen. Er war zerfahren und verschroben in seinen Äußerungen, halluzinierte sehr viel, war verschlossen und abweisend, und hatte keinen Kontakt mit seiner Umgebung. Bei der Visite reichte er nur widerstrebend die Hand, befand sich oft in zeitweiliger psychomotorischer Unruhe, verkroch sich zwischen den Betten und schimpfte mit seinen Stimmen. Im Laufe des Jahres 1937 wurden die Erregungszustände seltener. Er half nun bei den Hausarbeiten und führte sich bis auf gelegentliche nächtliche Ruhestörungen ordentlich, war jedoch nicht ansprechbar und stand noch immer unter dem Einfluß seiner Stimmen.

Anfang 1938 trat in dem körperlichen Befinden des Kranken eine Änderung ein. Er klagte über Schmerzen im rechten Schultergelenk. Ein Heben des Armes und ein seitliches Bewegen des Schultergelenkes war ihm nicht möglich. Äußerlich konnte keine Veränderung der Konturen bemerkt werden, ebenso zeigte ein Röntgenbild normale Knochenverhältnisse. Im April 1938 fiel auf, daß Sch. den rechten Arm schonte und ihn Ende Mai überhaupt nicht mehr

gebrauchte. Eine neurologische Untersuchung ergab: Die Nervenaustrittspunkte am Schädel sind nicht druckschmerzhaft. Die Pupillen sind nicht entrundet und zeigen prompte Reaktion auf Licht und Konvergenz. Kein Nystagmus. Augenhintergrund normal. Übrige Hirnnerven ohne pathologischen Befund. Die Muskulatur des Schultergürtels und des rechten Armes zeigt dagegen krankhafte Veränderungen. An beiden Schulterwölbungen und in beiden Oberarmen zeigen sich deutliche fibrilläre Zuckungen. Der Tonus des rechten Armes ist erhöht. Interosseus I und II ist rechts stark atrophisch. Die Finger der rechten Hand erscheinen gedunsen und verquollen und sind cyanotisch. Die Muskulatur des rechten Unterarmes und der rechten Schulter ist ausgeprägt atrophisch. Die grobe Kraft ist rechts gleich Null, links ist sie ebenfalls herabgesetzt. Eine genaue Prüfung der Sensibilität ist bei Sch. nicht möglich. (Unaufmerksamkeit, geringes Interesse, rasche Ermüdung).

Gang und Sprache o. B. Keine Ataxie. Die Reflexe aller vier Extremitäten sind sehr lebhaft, an den Beinen ausgesprochen gesteigert. Bds. besteht ein unerschöpfbarer Fußklonus Mayer negativ. Trömner und Hoffmann bds. positiv, Babinski, Gordon und Rossolimo negativ.

Zur Klärung der Diagnose wurde am 11. 6. 1938 eine Lumbalpunktion vorgenommen und eine Röntgenaufnahme der Halswirbelsäule gemacht.

Ergebnis der Liquorreaktionen: WaR 1,0—0,2 neg. Meinicke Kl. 0,5—0,1 neg. Goldsol- und Mastixkurve normal. Pándy, Nonne, Weichbrodt: pos. Gesamteiweiß nach Stolnikow 1,2 mg %. Die Röntgenaufnahme ergab normalen Befund.

Ende 1938 zeigte sich auch im linken Arm eine deutliche Atrophie. Die Muskeln des Thenar und Hypothenar sind links schon fast so hochgradig geschwunden wie rechts. Fibrilläre Zuckungen in beiden Armen. Der rechte Arm hängt völlig schlaff herab, er kann spontan nicht gehoben und nicht gebeugt werden. Die rechte Hand kann nicht geschlossen werden. Im linken Arm ist die Beugung und der Händedruck fast kraftlos. An beiden Unterarmen trophisch-vasomotorische Störungen: Cyanose und Kälte, rechts mehr als links. Bei den Reflexen ist im Gegensatz zum Beginn der Erkrankung der Rossolimo rechts stark positiv, links negativ. Die Bauchdeckenreflexe sind abgeschwächt und ermüden sehr schnell. Die Gesichtsmuskulatur zeigt noch keine Veränderung. Der Tonus der Beinmuskulatur ist nicht grob verändert, doch schleift Sch. das rechte Bein nach.

Elektrische Prüfung der Extremitäten: Faradisch: Reizung vom Nerven aus: Auf beiden Seiten Reaktion der unteren Extremitäten herabgesetzt, rechts mehr als links. Rechts ist nur mit stärksten Strömen von der Innenseite des Oberschenkels aus eine geringe motorische Reaktion zu erzielen; eine Reaktion der Unterarm- und Handmuskeln ist nicht zu erkennen. Direkte Reizung: Obere Extremitäten: rechts vor allem im Bereich der Hand und des Unterarms auch bei stärksten Strömen keine Reaktion. Links im Bereich der Hand keine Reaktion; sonst bloß träge und herabgesetzte Reaktionen. An den unteren Extremitäten ist nur bei stärksten Strömen eine geringe Erregbarkeit der Muskeln zu erkennen.

Galvanisch: Reizung vom Nerven aus: Mit Strömen, die weit über dem Grenzwert liegen nur ganz geringe Muskelzuckungen der unteren Extremitäten, rechts weniger als links. Bei der direkten Reizung tritt die AnSZ. bei geringerer Milliampèrezahl auf als die KSZ. An den oberen Extremitäten ist die galvanische Muskelerregbarkeit sowohl indirekt als direkt erloschen.

Die elektrische Prüfung ergab alle Symptome der -Entartungsreaktion (EAR): Die indirekte Erregbarkeit vom Nerven aus ist im Verschwinden begriffen, die Muskelzuckungen sind nicht mehr blitzartig, sondern wurmförmig, die direkte Erregbarkeit durch den faradischen Strom ist sehr stark herabgesetzt und die sog. Zuckungsformel ist umgekehrt.

Die ersten Bulbärerscheinungen, die im Februar 1939 auftraten, bestanden in einer Erschwerung der Sprache, sie nahm einen eigentümlichen nasalen Klang an. An der Zunge zeigte sich eine ausgesprochene Atrophie mit fibrillären Zuckungen. Die Atrophie griff sehr rasch auch auf die übrigen Gesichtsmuskeln über. Das Mundspitzen und Pfeiffen war unmöglich. Die Mundwinkel hingen herab, der Mund war immer halb geöffnet, und ständig floß Speichel aus den Mundwinkeln. Das Schlucken wurde zunehmend schwieriger. Sch. konnte nurmehr flüssig ernährt werden und dies auch nur mittels Sonde, da sonst infolge der Lähmung der Gaumensegel die Flüssigkeit durch die Nase wieder herausfloß. Trotz der Sondenernährung konnte eine Aspirationspneumonie nicht verhindert werden, die nach kurzer Zeit zum Tode führte.

Die in der Vorgeschichte und im Verlauf der Psychose geschilderten Symptome lassen keinen Zweifel an der Schizophreniediagnose zu. Das Krankheitsbild bietet nichts, was aus dem allgemeinen Rahmen dieser Erkrankung herausfallen würde. Der Kranke litt an Wahnideen und Sinnestäuschungen, an Zerfahrenheit des Denkens, hörte Stimmen und war in einer dauernden depressiven Stimmungslage. Er fühlte sich mittels Elektrizität beeinflußt, prägte Wortneubildungen und konnte stundenlang mit seinen „Stimmen“ schimpfen. Im Verlauf der 20jährigen Erkrankung versandete er allmählich vollkommen, wurde stumpf, interesselos und lahm.

Im Frühjahr 1938 klagte er über Schmerzen im rechten Schultergelenk und über Bewegungsbehinderung des rechten Armes. Da keinerlei Verdacht einer organischen Erkrankung des zentralen Nervensystems gegeben war, und die Störungen auch auf einen nicht-neurologischen Prozeß zurückgeführt werden konnten, wurde eine Röntgenaufnahme des rechten Schultergelenks gemacht. Das Röntgenbild hat keine Änderung der Knochenstruktur ergeben. Eine Aufnahme der Halswirbelsäule ermöglichte den Ausschluß einer etwaigen Halsrippe. Bei der damaligen eingehenden klinischen Untersuchung konnte noch kein krankhafter neurologischer Befund erhoben werden. Aber schon zwei Monate später hatte sich das typische Bild einer a. L. entwickelt: Atrophien an der Hand- und Unterarmmuskulatur, fibrilläre Zuckungen der Schultermuskulatur mit deutlicher Tonuserhöhung und Reflexsteigerung an allen Extremitäten. Die a.L. schritt sehr rasch fort, und bereits im Januar 1939 zeigten sich Bulbärsymptome (Sprach- und Schluckstörungen). Im März starb der Kranke infolge einer

Schluckpneumonie. Ein Wiederaufflackern der schizophrenen Symptome konnte im Verlauf der a. L. nicht beobachtet werden.

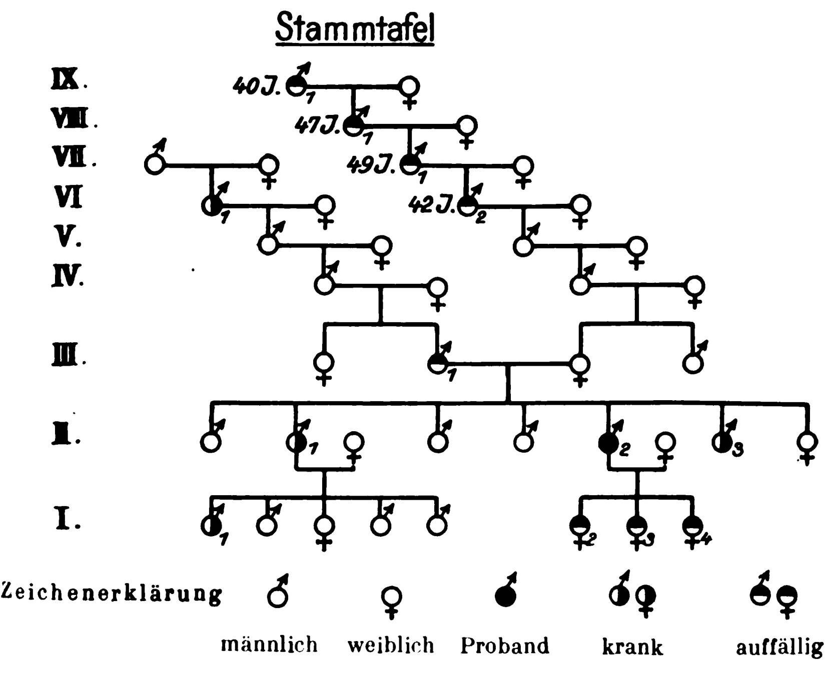
Im älteren Schrifttum berichtet *Fragnito* über drei, *Westphal* über zwei Fälle, *Dornblüth*, *Pilz* und *Hänel* über je einen Fall von a. L., in deren Verlauf schizophrene Symptome auftraten. *Westphal* betont, daß bei mit Amyotrophien auftretenden Psychosen die schizophrenen Krankheitsformen überwiegen. 1932 gibt *Porta* eine Literaturübersicht und stellt fest, daß bei 359 Fällen von Muskeldystrophie in 73 psychische Störungen aufgetreten waren. In diesen Fällen ist es durchaus denkbar, und sogar sehr wahrscheinlich, daß es bei den immerhin schweren organischen Veränderungen des Zentralnervensystems durch die a. L. zu symptomatischen Psychosen mit schizophrener Färbung gekommen ist. 1928 sieht *Meyer* in den schizophrenen Symptomen bei der a. L. reine exogene Reaktionstypen und sucht sie durch den Rindenprozeß zu erklären. Auch *Recktenwald* nimmt innersekretorische Störungen an. *Marburg* tritt unter kritischer Würdigung des gesamten Schrifttums betont für die exogene Genese der heredodegenerativen Systemerkrankungen, insbesondere der a. L. ein, gibt aber zu, daß endogene Faktoren, z. B. „eine konstellative Konstitution“ einen gewissen Einfluß auf die Lokalisation und den Verlauf dieser Erkrankung hätten. *Schaffer* sieht in der a. L. eine endogene systematische Erkrankung.

Wohl könnte es sich auch in unserem Falle nur um ein rein zufälliges Zusammentreffen dieser beiden Erkrankungen handeln, doch steht fest, daß das Gehirn durch die Schizophrenie mindestens funktionell geschädigt wird, und daß sich auf dem Boden dieser, allerdings histologisch nicht sicher nachweisbaren, Hirnveränderung in unserem Falle die a. L. entwickelt hat. Dabei muß allerdings angenommen werden, daß auch eine Anlage zur a. L. bereits vorhanden war. *Hochapfel* vermutet in seiner Arbeit über gleichzeitiges Vorkommen von Schizophrenie und Muskeldystrophie, daß „etwa eine Teilanlage zur Muskeldystrophie die Teilanlage zur Schizophrenie in dem Sinne beeinflußt hat, daß beide Erkrankungen zur Entwicklung kamen“.

In jüngster Zeit hat sich ja auch die Ansicht durchgesetzt, daß es sich bei der a. L. um eine erbliche Erkrankung handelt. Eingehende Sippenforschungen bestätigen sie. Familiäres Vorkommen beobachteten *Hoffmann*, *Bremer*, *Hochhaus* und *Schaffer*. *Salus* geht sogar soweit, zu behaupten, daß die spastische Spinalparalyse nur ein Entwicklungsstadium oder eine Spielart der a. L. darstelle.

ie erbliche Bedingtheit der spastischen Spinalparalyse aber steht nwandfrei fest.

Höchst interessant ist in unserem Falle das Sippenbild. Es ann zwar nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben, doch egt dies nicht an der Methode, sondern nur an der Schwierigkeit er Erhebungen. Der Proband stammt aus einer kleinen Landemeinde, in der ausgesprochene Inzucht getrieben wurde, und war ır Sterilisation angezeigt. Die Furcht vor einer erbbiologischen ;rfassung und einer damit verbundenen Sterilisationsanzeige war eshalb in der Sippe sehr groß. Nahe Verwandte des Probanden aben den Posten des Bürgermeisters und des Standesbeamten ıne. Es ist daher weder dem zuständigen Gesundheitsamt noch dem 'erfasser gelungen, auf diesem Wege ein lückenloses erbbiologiches Sippenbild zu erhalten. Bei den Erhebungen wurden die ırchenbücher mit herangezogen.



I_1 Selbstmord in einem Depressionszustand, $I_{2,3,4}$, schizoide Charaktereigenschaften. II_1 Parkinsonismus, II_2 Proband, II_3 Defektschizophrenie und körperliche Mißbildungen. III_1 schizoid. VI_1 „nicht ganz normal". VI_2, VII_1, VIII_1 und IX_1 auffälliges Sterbealter.

Wir finden in dieser Stammtafel eine Menge von Auffälligkeiten. In der Generation I, also in der jüngsten, lassen sich bei den Kindern des Probanden (I, 2, 3, 4) die allerdings erst 20, 18 und 17 Jahre sind, bis jetzt keine psychischen und körperlichen Abweichungen finden, wenn man nicht schon die schizoiden Charaktereigenschaften nach *Kretschmer*, die sich bei allen drei Kindern finden, als krankhaft auffassen will. Der überaus zartfühlende, empfindliche Junge I 1, hatte deutlich schizoide Züge und beging mit 21 Jahren ohne ersichtlichen Grund Selbstmord. Die Eltern dieses Jungen vermuteten unglückliche Liebe.

Verfolgt man die Stammtafel weiter, so findet man in der Generation des Probanden, nämlich bei seinen Geschwistern, psychische und organische Abweichungen ins Pathologische. Bei II 1 wurde von der Universitätsklinik Marburg ein Parkinsonismus auf luetischer Grundlage festgestellt. Im folgenden geben wir einen Auszug aus der Marburger Krankengeschichte wieder.

Am 27. 8. 30 kam der am 6. 3. 1874 geborene Heinrich Schö. zur Aufnahme in die Klinik. Mit typischer Parkinsonhaltung trat er ins Zimmer (dabei zeigte sich eine deutliche Pro- und Retropulsion) und sprach in der hohen, eintönigen, rigiden Sprache der Parkinsonkranken. Zur Vorgeschichte gab H. Sch. an: nie ernstlich krank, 1917 während des Krieges luetische Infektion, die zuerst mit Sublimat behandelt wurde. Nach einigen Monaten Auftreten des Sekundärstadiums der Lues, Behandlung mit Quecksilber. 1920, also mit 46 Jahren, bekam er plötzlich Schmerzen im rechten Knie und im Schienbein. Das Bein zog sich krumm, wurde ganz steif und schleifte nach. Die Finger an der linken Hand streckten und spreitzten sich. Diese Symptome nahmen im Laufe von 5 Jahren allmählich zu, trotz mehrmaliger Kuren in Nenndorf und Bad Oeynhausen. Seit 1927 Auftreten von Schmerzen auch im linken Bein mit anschließender Steifigkeit der ganzen linken Seite. Pat. beschreibt den Zustand folgendermaßen: „Zuerst sind die Schmerzen im Rücken hochgestiegen, dann kamen die Schmerzen in der Schulter und im Arm, dann wurde der Arm gelähmt. Und es war so ein eigenartiges Kälte- und Wärmegefühl in der linken Hand. So ein kleines Zittern habe ich auch schon in der linken Hand, das war rechts zunächst auch so. Dann kam es eines Tages wie ein Durchbruch ganz heftig und das blieb so.“ Ab und zu klagte Pat. über Kopfschmerzen, außerdem hat seine Hör- und Sehfähigkeit nachgelassen.

In seinem psychischen Verhalten zeigt er keine wesentlichen Veränderungen. Körperlich: Innere Organe o. B. keine pathologischen Reflexe, insbesondere kein Babinski, kein Romberg. Muskelspasmen. Paralysis agitans und Tremor der rechten Hand. Grobe Kraft allgemein herabgesetzt. Liquor-WaR. von 0,15 ansteigend +, bei 0,25 +++. Durchführung einer Malariakur. Nach der Malariakur wurde er entlassen und 1931 erneut in die Nervenklinik Marburg aufgenommen.

In diesen beiden Jahren war er recht hinfällig und pflegebedürftig, doch war er geistig völlig auf der Höhe und vorwiegend heiterer Stimmung. Bei der zweiten Aufnahme am 2. 5. 32 wurde Sch. gleich lumbalpunktiert. Der

Liquor war weitgehend saniert. Neurologisch fanden sich jetzt auch wieder keine typischen metaluetischen Symptome. Nach einer Parkinsankur und einer medikomechanischen Behandlung wurde Pat. am 16. 6. 32 wieder entlassen. Bei einer 1939 durchgeführten klinischen Nachuntersuchung ergaben sich eindeutig Parkinsonsymptome: Maskengesicht, der Kranke war völlig steif und hilflos und bedarf dauernder Pflege. Seine Stimmung war meist heiter, doch mitunter depressiv gefärbt. Körperlich o. B.

Unter schleichendem Beginn traten also beim Bruder des Probanden II, 1 nach einer Lues allmählich die charakteristischen Symptome eines Parkinsonismus hervor. Sie bestanden vor allem in einer eigentümlichen Steifigkeit und Bewegungsarmut der Muskeln und begannen halbseitig. Die Rigidität und die Starre des Gesichts, die Pro- und Retropulsion waren 1930 Hauptmerkmale der Erkrankung. Differentialdiagnostisch war vor allem wegen der luetischen Infektion 1917 eine Lues cerebri, die ein sehr ähnliches Syndrom hervorrufen kann, auszuschließen. In der Marburger Krankengeschichte wurde betont, daß sich trotz positiver Liquorbefunde „keine metaluetischen Symptome fanden". Bei der zweiten Aufnahme 1932 war der Liquor weitgehend saniert, die charakteristischen Parkinsonsymptome dagegen steigerten sich immer mehr. Wenn auch einige Symptome für eine Lues cerebri sprechen könnten, so ist sie doch mit hinlänglicher Sicherheit auszuschließen. Die Ätiologie der Parkinsonschen Krankheit ist zwar unbekannt, doch kann als auslösende Ursache eine Lues sehr wohl in Frage kommen.

Eine Schwester des Probanden, II, 3, war „geistesgestört und mißbildet". Sie wird als eine bucklige, verschrobene, grüblerische, schweigsame alte Jungfrau beschrieben, die Wahnideen hatte und wahrscheinlich auch „Stimmen" hörte. Die Diagnose Defektschizophrenie wird wohl kaum verfehlt sein.

Bei der Aufnahme des II, 1 in die Marburger Klinik gab dieser an, daß sein Vater III, 1 „gehirnkrank gewesen sei". Als er bei der klinischen Nachuntersuchung 1939 genauer danach gefragt wurde, lehnte er aber jede Antwort brüsk ab. Doch scheint es sich bei III, 1 um eine schizoide Persönlichkeit gehandelt zu haben.

VI, 1 war „nicht ganz normal". Soweit die väterliche Linie.

In der mütterlichen Linie des Probanden konnten keine psychischen Abartigkeiten festgestellt werden, doch fiel in ihr ganz besonders das Sterbealter der männlichen Sippenmitglieder auf. Von VI, 2 an starben alle männlichen Mitglieder zwischen 40 und 50 Jahren. VI, 2 wurde 42 Jahre, VIII, 1 49, VIII, 1 47 und IX, 1 40 Jahre alt. Bemerkenswert ist auch die für eine Bauernfamilie fast unmöglich geringe Kinderzahl. In den Generationen VI bis IX wurde immer nur ein Kind geboren.

Man kann wohl schwerlich annehmen, daß es eine reine Zufälligkeit darstellt, wenn in vier aufeinander folgenden Generationen kein Mann das 50. Lebensjahr erreicht hat. Für einen Selbstmord, der in den Kirchenbüchern, schon wegen der Stellung der Kirche zum Selbstmord, bestimmt vermerkt worden wäre, fehlen alle Anhaltspunkte. Wenn auch keine stichhaltigen Angaben über die Todesursachen — nur bei VI, 2 wird als Todesursache „Auszehrung und faules Gallenfieber“ angegeben — zu erhalten waren, so bleibt die auffallende Tatsache bestehen, daß das Sterbealter in diesen vier Generationen abnorm niedrig ist. Die Annahme, daß in den Generationen VI bis IX der mütterlichen Sippe eine organische Erkrankung vorlag, dürfte einige Wahrscheinlichkeit für sich haben. Die Tatsache, daß vier Generationen zwischen 40 und 50 Jahren gestorben sind, erlaubt vielleicht den Schluß, daß es sich um eine erbbedingte Erkrankung gehandelt hat. Von der a. L. wissen wir, daß sie im 5. Lebensjahrzehnt einsetzt und in einigen Jahren letal ausgeht. Auch kann nach den neueren Forschungen als sicher angenommen werden, daß die a. L. eine auf Vererbung beruhende Erkrankung ist.

Wie die Sippentafel des Schö. ausweist, finden wir eine in Entartung begriffene Familie vor. Wir sehen, wie sich die Schizophrenie in der väterlichen Sippe, wenn vielleicht auch nur in Form einer schweren schizoiden Anlage, hartnäckig forterbt, um bei II, 2, 3 als klinisch reine Schizophrenie in Erscheinung zu treten. In dieser Generation II zeigen sich aber auch noch Muskelerkrankungen, die soweit nachweisbar, noch nicht in der Sippe vorgekommen waren. Verdächtig allerdings ist in dieser Hinsicht in der mütterlichen Sippe das Sterbealter in vier Geschlechterfolgen, worauf bereits oben hingewiesen wurde. In der Generation I beging I, 1 Selbstmord. Dieser zeigte ebenso wie I, 2, 3, 4 schizoide Charakterzüge.

Familiäres Auftreten der a. L. wurde bereits von *Marburg*, *Gee*, *Testi*, *Holmes*, *Kühn*, *Strümpell*, *Bruhns* und *Higier* erwähnt. *Kalinowsky* (angeführt nach *Marburg*) beschreibt eine Mutter mit zwei Töchtern, von denen die Mutter an typischer a. L. litt und die Töchter ein bulbär-paralytisches Syndrom zeigten. Bei *Hoffmanns* 4 Geschwisterfällen handelte es sich zu Beginn des Leidens um eine spinale progressive Muskelatrophie. Im Verlauf der Erkrankung entwickelte sich dann eine a. L.

Für eine heredo-degenerative Entwicklung sprechen auch die in letzter Zeit mehrfach aufgestellten Sippentafeln. So berichtet *Bremer*, daß in seiner Familie Montag in zwei Generationen von 11 Mitgliedern 9 das Bild einer spastischen Degeneration zeigten,

bei 2 bestanden Muskelatrophien. Fall 10 zeigte mit 38 Jahren eine a. L., wogegen der jüngere Bruder eine sp. Sp. hatte. Heute, da auf familiäres Auftreten der a. L. mehr geachtet wird, findet man auch ein familiäres Auftreten der a. L. häufiger.

Schaffer hatte Gelegenheit, zwei Brüder, von denen der ältere an einer a. L., der jüngere an einer sp. Sp. litt, pathologisch-anatomisch zu untersuchen. Beide zeigten übereinstimmend gleichgeartete und gleich ausgedehnte Veränderungen im Gehirn und Rückenmark. *Turner* und *Botlock*, *Hassin* und *Helfand* berichten über Fälle von Bulbärparalyse, *Kahler*, *Roger* und *Damaskino* über progressive Muskelatrophie, die dieselben anatomischen Veränderungen aufwiesen, wie sie für die a. L. charakteristisch sind. Auch unser Fall wurde histopathologisch untersucht. Das pathologische Institut in Marburg a. L. erhob folgenden Befund:

Bei einer vorläufigen Untersuchung finden sich im Lendenmark bei der Färbung nach *Spielmeyer* und insbesondere bei der Färbung nach *Weigert-Pal* in den hinteren Teilen der Seitenstränge starke Aufhellungen. Hier sind auch bei Sudanfärbung größere rot gefärbte Tropfen in den Maschen der Glia nachzuweisen. Im Brustmark sind ebenfalls die hinteren Teile der Seitenstränge am stärksten aufgehellt und ebenso Teile der Vorderstränge. Hier sind auch größere wabenartige Lückenbildungen vorhanden. Es setzt sich dieses fort bis ins Halsmark und auf den unteren Teil der Medulla oblongata. Im ganzen Rückenmark sind die Hinterstränge ausgezeichnet erhalten und bei den entsprechenden Färbungen sind die Markscheiden intensiv geschwärzt.

Bei Haematoxylin-Eosin-Färbung erscheinen die hinteren Teile der Hinterstränge, besonders auch im Brustmark, dichter infolge Zusammenlagerung der Glia mit eingestreuten größeren Lücken.

An Schnitten vom Großhirn sind bei der vorläufigen Untersuchung keine besonderen Veränderungen festzustellen.

Der histopathologische Befund unseres Falles zeigt also keine Abweichungen von den allgemein bekannten Veränderungen bei der a. L.

Es ist demnach auch uns nicht gelungen, einen Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Muskelatrophie histopathologisch wahrscheinlich zu machen. Der Nachweis des Nicht-rein-Zufälligen wird, solange bei der Schizophrenie überhaupt keine sicheren histopathologischen Befunde erhoben werden können, schwer zu führen sein. Die neuere Schizophrenieforschung weist, wie schon erwähnt, darauf hin, daß der Psychose eine Störung im Körperstoffwechsel entspricht. *Luxenburger* spricht dies folgendermaßen aus:

„Wir erblicken daher heute den eigentlichen Phänotypus der Schizophrenie nicht mehr in der Psychose, sondern in einer ihr zugrunde liegenden Somatose. Die Psychose ist das Ergebnis einer Auswirkung dieser Somatose auf das Gehirn, das dabei nicht organisch, sondern nur funktionell zu erkranken scheint.“

In unserem Falle haben wir also zwei einzelne anlagebedingte Krankheiten vor uns. Dabei ist anzunehmen, daß die schizophrene Erbanlage von der väterlichen Sippe stammt, die Anlage zur Muskelerkrankung aber vermutlich von der mütterlichen Sippe. In der Generation II sind diese beiden Teilanlagen aufeinandergestoßen und haben mit großer Heftigkeit zur Entladung gedrängt. Die schizophrene Anlage sowohl als die Anlage zur Muskelatrophie traf ein ungünstiges genotypisches Milieu an und konnte so zur vollen Wirkung kommen. In dieser Generation II erkrankten zwei Mitglieder an Schizophrenie und zwei an neurologischen Leiden. Bei II, 1 hat die ungünstige Erbanlage zum Manifestwerden des Parkinsonismus geführt, dabei ist der Lues eine auslösende Wirkung zuzuschreiben.

Wir sehen, wie sich ein schleichendes Unheil in beiden Familien forterbte, um plötzlich in der Generation II in all seinen Folgen offen in Erscheinung zu treten. In Generation I zeigen sich bereits neue Abartigkeiten. I, 1 beging Selbstmord und I, 2, 3, 4 sind im Sinne *Kretschmer*s schizoid.

Aufgabe der zukünftigen Forschung, insbesondere die der Zwillingsforschung wird es sein, noch genauere Aufschlüsse über die Erblichkeitsverhältnisse bei der a. L. zu geben. Gründliche neurologische Untersuchung aller erreichbaren Sippenmitglieder muß angestrebt werden.

Zusammenfassung

Aus der eingehenden Schilderung und aus der Analyse unserer Sippe gewinnen wir den Eindruck, daß es durch das Zusammentreffen von zwei geschädigten Keimmassen zu einem gehäuften Auftreten von Schizophrenien und neurologisch bedingten Muskelerkrankungen gekommen ist. Im Falle unseres Probanden hat möglicherweise die Anlage zur Muskelatrophie die Anlage zur Schizophrenie beeinflußt und umgekehrt, so daß sich beide Erkrankungen manifestierten. Die Lues des Bruders des Probanden fand ebenfalls ein ungünstiges genotypisches Milieu vor und wurde so zur auslösenden Ursache eines Parkinsonismus. Bei der Schwester entwickelte sich eine reine Schizophrenie bei einer vorhandenen körperlichen Mißbildung, bei den Kindern des Probanden eine schizoide Psychopathie.

Schrifttumverzeichnis

Biro, M., Zbl. Neur. 61 (1932). — *Bremer, F. W.*, Arch. Psychiatr. 66 (1922), Verh. dtsch. Ges. inn. Med. 1934. — *Bumke* und *O. Foerster*, Handb.

der Neur. Bd. 16 (1938). — *Curtius, F.*, Neur. 126 (1933). — Med. Welt 14 (1934). — *Hassin, B. G.*, Mschr. Psychiatr. 86 (1933). — *Helfand*, J. nerv. Dis. 78 (1933). — *Kalinowsky*, Zbl. Neur. 53 (1929). — *Luxenburger*, Vererb. der psych. Störungen. Handb. d. Geisteskrankh. Erg.-Bd. (1939). — *Marburg, O.*, Festschrift Marinesco (1933). — *Meyer*, 53. Vers. d. südwestdtsch. Neur. u. Psych. (1928). — *Montanaro, Lopez*: Zbl. Neur. 62 (1932). — *Munch, Petersen*, Acta psychiatr. 6 (Kopenh.). — *Ornsteen*, J. nerv. Dis. 72 (1930). — *Paskint, H.* u. *T. Stone*, Arch. of Neur. 30 (1933). — *Porta, V.*, Riv. Neur. 5 (1932). — *Recktenwald*, Z. Neur. H. 3/4 (1920). — *Rütenik*, Arch. Psychiatr. 107 (1938). — *Salus*, Arch. Psychiatr. 104 (1936). — *Schaffer*, Arch. Psychiatr. 77 (1926), 86 (1929), 79 (1930), 96 (1931). — *Spielmeyer, W.*, Jb. Psych. 51. — *Thums, K.*, Z. Konstit.lehre 16 (1932). — *Trautmann, E.*, Z. f. Neur. 154 (1935). — *Tscherning*, Z. f. Neur. (1921). — *Turner*, Brain 1894. — *Whitaker, E. de Aguiar*, Rev. neur. de Sao Paulo (1936). — *Westphal*, Arch. Psychiatrie 74 (1925).

Funikuläre Myelose bei konstitutionsbedingtem Morbus Addison

Von

G. Mall und A. Bokel

(Aus der Universitäts-Nervenklinik Marburg/L. Vorstand: Prof. Dr. *Kretschmer*)

(Mit 2 Figuren)

(Eingegangen am 28. November 1940)

Während in neuerer Zeit amerikanische und englische Forscher, namentlich *Hurst*, *Weil* und *Davison* entschieden für eine enge ätiologische Koppelung von funikulären Herderkrankungen und perniciöser Anämie eintraten, haben von deutscher Seite *Bremer*, *Bodechtel*, *Nonne*, *Lubarsch*, *Bonhöffer*, *Simmerling*, *Jakob*, *Henneberg*, *Kroll* und andere in zahlreichen Fällen von funikulärer Myelose eine perniciöse Anämie als Ursache nicht ermitteln können, fanden dagegen diese Erkrankung unter anderem in Begleitung von Leukaemie, Carcinom, Alkoholismus, Basedow, Diabetes, Nephritis, akuter gelber Leberatrophie, haemolytischem Ikterus, Beriberi, Skorbut, Malaria, Tuberkulose, Lues und Addison. Fälle eines Zusammentreffens von funikulärer Myelose mit Addison sind bisher von *Kahlden*, *Fleiner*, *Bonardi*, *Grinker*, *Kroll* und *Bremer* beschrieben worden. Da die Anzahl der bisher veröffentlichten Fälle dieser Art recht beschränkt ist, berichten wir hier über einen einschlägigen Fall, bei dem vor allem auch die sehr in die Augen springenden konstitutionellen Grundlagen Beachtung verdienen.

Der 25jährige Patient H. R., der früher nie ernstlich krank gewesen ist und 1936 zum Militär einrückte, bemerkte im Frühjahr 1938 erstmals zeitweilige Harninkontinenz. Bei der Behandlung im Militärlazarett im Mai und Juni 1938 wurde auf Grund der Inkontinenz an ein organisches Blasenleiden gedacht, das entsprechend behandelt wurde. Als Patient nach 6-wöchentlicher Behandlung aufstehen wollte, bemerkte er Paraesthesien in den Beinen, taubes, eingeschlafenes Gefühl und Kribbeln. Er wurde nach Beobachtung unter der Diagnose einer Multiplen Sklerose vom Militär entlassen. In der Folgezeit fühlte sich Patient meist krank, leicht ermüdbar und mußte wiederholte Versuche, eine Arbeit aufzunehmen, wieder aufgeben.

Am 2. 3. 1940 wurde Patient in unsere Klinik aufgenommen.

Bei der Aufnahme klagte er über Unsicherheit und rasche Ermüdbarkeit der Beine beim längeren Stehen. Beim Laufen könne er die Füße kaum vom Boden heben und er fühle sich im Allgemeinen immer müde und erschöpft. Die geringste Anstrengung ermatte ihn ungewöhnlich stark.

Konstitutionell: Größe 169,5 cm
Gewicht: 63,7 kg
Kopfumfang: 53,2 cm
Brustumfang: 88/91: 93,5 cm
Hüftumfang: 96,5 cm
Beinlänge: 86 cm.

Der Konstitutionsbefund zeigt starke Anomalien. Der Schädelumfang ist sehr gering (kleiner Rundkopf). Der Gesichtsbau ist wenig differenziert, das Mittelgesicht abgeplattet, amorph. Das kleine zapfenförmige Kinn springt leicht vor. Außerdem besteht eine leichte Asymmetrie des Gesichtes (links kleiner als rechts). Es besteht rechts eine konvexe Skoliose der Brustwirbelsäule. Die rechte vordere Thoraxhälfte ist stärker vorgewölbt als die linke. Weiter sieht man, daß der Hüftumfang den inspiratorischen Brustumfang erheblich überschießt.

Behaarung: Die Terminalbehaarung ist stark retardiert.

Die Genitalbehaarung ist schwach entwickelt, hauptsächlich um die Peniswurzel gruppiert. Die Leistenecken und die Linea alba sind unbehaart. Ebenso ist die Axillarbehaarung nur sehr schwach ausgeprägt.

Die übrige Körperbehaarung, speziell Brustfell, Arme und Beine fehlt fast vollständig. Der Bartwuchs ist an der Oberlippe angedeutet nur ganz schwach, an der Kinnspitze finden sich ganz vereinzelte Haare.

Was die Primärbehaarung betrifft, ist persistierender Lanugo nicht nachzuweisen. Das Haupthaar weist große Lücken auf und ist unebenmäßig begrenzt. In der Schläfengegend ist es tief bis über die Ohren zurückgebuchtet, sodaß die Partie über den Schläfenbeinen im Wesentlichen unbehaart ist. Behaart sind hauptsächlich Hinterhaupt und Scheitelhöhe. Auch hier ist die Haarfaser dünn und spärlich verteilt. Die temporale Vorbuchtung des Haupthaares fehlt.

Drüsen: Die Schilddrüse ist tastbar und nicht vergrößert. Beide Testes befinden sich im Skrotum und sind von normaler Größe.

Bemerkenswert ist ein sehr verspätetes Einsetzen der Pubertät. Der Bartwuchs wird mit Anfang des 20. Lebensjahres angegeben, erste Erektion und Pollution mit ca. 22 Jahren. Für weibliche Personen besteht auch heute noch kein Interesse.

Insgesamt ist Patient in seiner Sexualkonstitution schwer retardiert und zeigt eine Menge dysplastischer, spez. dysgenitaler Körperbaustigmen; überschießenden Hüftumfang, minimale Terminalbehaarung und schwere Defekte in der Primärbehaarung.

Pigmente: Die gesamte Körperoberfläche ist allgemein stark pigmentiert. Am Mundwinkel, an der Mundschleimhaut, am Zahnfleisch, Gaumen und den Lippen finden sich bis zu markstückgroße, dunkelbraune Pigmentflecken. Das Skrotum und die Mamillen zeigen fast schwarzbraune Verfärbung.

Blutdruck RR 120/80
Ruhepuls: 60 pro Min.

Neurologisch: Die Pupillen und Hirnnerven zeigen keine Störung. Das Chvostek'sche Zeichen ist beiderseits angedeutet. Der Tonus ist in der Armmuskulatur eher herabgesetzt, die Beinmuskulatur ist deutlich gespannt. Beim Romberg'schen Versuch schwankt der Patient sehr stark und zeigt eine Fallneigung nach links. Der Gang ist spastisch, dabei sehr unsicher und taumelnd. Die Oberflächensensibilität ist nicht gestört. Dagegen erfolgen die Angaben bei der Prüfung der Tiefensensibilität, spez. Gelenkempfindung und

Lagesinn, sehr ungenau. Paraesthesien bestehen in beiden Beinen. Während die Armreflexe und die Bauchdeckenreflexe in den oberen Quadranten normal auslösbar sind, fehlen sie in den unteren Quadranten. Der Cremasterreflex ist nur ganz schwach positiv. Die Patellar- und Achillessehnenreflex sind gesteigert mit Klonusneigung links. Das Babinski'sche Zeichen ist beiderseits, der Oppenheim nur rechts deutlich positiv.

Die serologische Untersuchung und die Liquoruntersuchung ergaben negative Ausflockungsreaktionen (Kahn, Citochol, WAR.). Im Liquor fand sich keine Zellvermehrung, keine Eiweißvermehrung, keine Verschiebung des Eiweißquotienten und keine pathologische Verschiebung der Goldsol- und Mastix-Kurve.

Die Blutuntersuchung ergab bei der Aufnahme einen Hb-Wert von 80% und eine Erythrozytenzahl von 4,1 Millionen.

Psychisch: war Patient stumpf, affektiv wenig ansprechbar, matt euphorisch lächelnd; in seinen Reaktionen sehr verlangsamt, apathisch. Er klagte viel über Schlafbedürfnis und stand nur zu den Mahlzeiten auf. In der Unterhaltung verlor er häufig den Faden, mußte an die Frage erinnert werden, glitt sehr leicht ab. Gelang es, seine Aufmerksamkeit zu fixieren, so waren die Antworten richtig.

Die ausgedehnten und chronisch verlaufenden neurologischen Störungen, die allmähliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes ließen zunächst an das Vorliegen einer Multiplen Sklerose denken, zumal der Patient schon unter dieser Diagnose vom Militärdienst befreit worden war. Indessen ließen aber die eingehenden Untersuchungen des Liquors, des Blutbildes, sowie der genaue neurologische Befund diese Diagnose doch als sehr zweifelhaft erscheinen. Dagegen legten die schwerwiegenden Symptome einer eindeutigen endokrinen Störung die Annahme nahe, daß es sich hier um eine endokrin bedingte funikuläre Myelose handeln könnte. Um diese Annahme zu erhärten, wurden die im Nachfolgenden besprochenen Untersuchungen systematisch durchgeführt.

Tabelle 1

	13.3.	23.3.	30.3.	20.5.
Hämoglobin .	80	78	78	90
Erythrozyten .	4,10	3,74	3,74	4,41
Leukozyten . .	4800	4000	4000	5300
Jugendliche . .	—	1	1	—
Eosinophile . .	4	6	6	9
Basophile . . .	2	1	1	—
Lymphozyten .	29	69	69	63
Monozyten . .	4	2	2	2

Für das Bestehen eines Morbus Addison sprach in Übereinstimmung mit Thaddea die hypochrome Anämie. Das vorübergehende Absinken der Erythrozytenzahl ist freilich im Rahmen einer Addisonerkrankung etwas atypisch. Wir möchten diesem Befund aber keine besondere Bedeutung zu-

messen, weil der Patient zwischen dem 13. 3. und 23. 3. 40 eine hochfieberhafte anginöse Grippe durchmachte. Auffallend war bei der ersten Blutuntersuchung die Eosinophilie.

Eigenartig ist jedoch die Beobachtung, daß sich trotz intensiver Hormonbehandlung innerhalb 2 Monaten das Blutbild in seinen einzelnen Proportionen kaum verändert hat, obwohl der Hb-Wert, die Erythrozyten- und Leukozytenwerte sich der Norm näherten.

Die Blutsenkungsgeschwindigkeit ergab im Anfang der Behandlung 16/48 Halbstundenwerte, zwei Monate später 15/49 in einer halben Stunde.

Die Blutgerinnungszeit war deutlich verkürzt (3,45 Minuten). Nach der Behandlung betrug sie nach 2 ½ Monaten 6,40 Minuten.

Der Blutdruck war zwar nicht ausgesprochen erniedrigt, indessen reagierte das Gefäßsystem nach Injektion von 1 mm Adrenalin mit einer nur ganz geringen Blutdrucksteigerung von R. R. 115/70 auf 145/80 wobei schon nach 80 Minuten wieder der Ruhewert erreicht wurde.

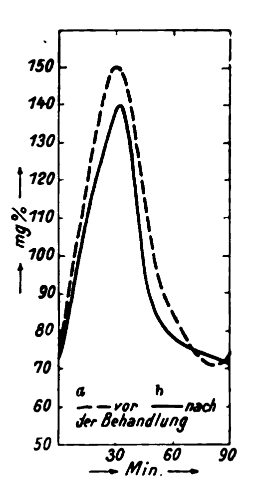


Abb. 1. Blutzuckerkurven bei Glukosebelastung.

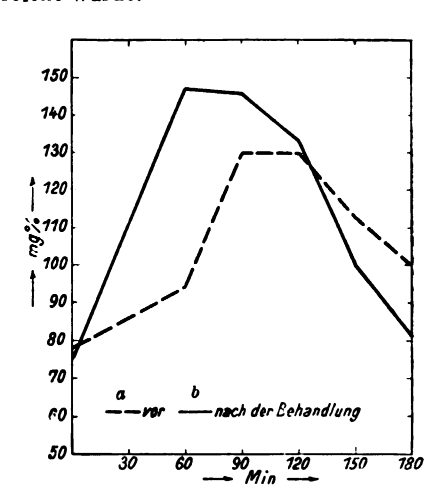


Abb. 2. Blutzuckerkurven bei Adrenalinbelastung.

Charakteristisch erscheinen uns auch die Blutzuckerwerte (s. Kurve 1a), wobei bei Nüchternwert (76 mg%) 10 g Glukose genügten, um den Blutzuckerspiegel sehr rasch auf 150 mg% ansteigen zu lassen. Nach 90 Minuten war der Blutzuckerspiegel wieder auf den Anfangswert abgesunken. Nach Behandlung mit Nebennierenrindenpräparaten veränderte sich die Blutzuckerkurve nach Glukosebelastung etwas (s. Abbildung, Kurve 1b). An der Kurve ersehen wir ein rascheres und gleichmäßigeres Absinken der Kurve bei etwas tieferer Gipfelhöhe. Neben den Blutzuckerbelastungsversuchen wurden ferner zu Beginn und nach Abschluß der Behandlung Adrenalinbelastungsversuche durchgeführt, deren Ergebnisse wir in Kurve 2a u. b wiedergeben.

Die bei wiederholten Magenausheberungen gefundenen subaciden und anaciden Werte von 4 : 8 und 10 : 5 fallen ganz in den Rahmen der bekannten Addisonerkrankung.

Der Grundumsatz lag innerhalb normaler Grenzen und betrug nach Knipping — 4%.

Der Volhard'sche Wasserversuch wurde wiederholt durchgeführt (s. Tab. 2). Wir geben in der nachfolgenden Tabelle die am Anfang und am Ende erhaltenen Befunde wieder.

Tabelle 2a

Wasserversuch am 26. 3. 40

7,45 Uhr 1 Ltr. Tee

	ausgesch. Menge Urin	Spez. Gewicht
8,45	240 ccm	1020
9,15—11,15	keine Ausscheidung	
11,45	70 ccm	1016
12,15	0	
12,45	110 ccm	1016
13,15	0	
13,45	0	
14,15	90 ccm	1014
17,30	540 ccm	1004
	27. 3. 40	
6,30	250	1012

Nach 2 Monaten fällt der Wasserversuch wesentlich günstiger aus:

Tabelle 2b

Wasserversuch am 19. 5. 40

8,00 1 Ltr. Tee

	ausgesch. Menge Urin	spez. Gewicht
9,45	100 ccm	1020
12,45	90 ,,	1020
14,45	180 ,,	1020
15,45	160 ,,	1016
16,30	90 ,,	1014
17,30	110 ,,	1010
18,45	140 ,,	1014
19,30	120 ,,	1006
21,00	200 ,,	1008

Die Gewichtskurve des Patienten zeigte während der Behandlung nur geringe Schwankungen und einen nur unwesentlichen Anstieg.

Zur Prüfung der Abwehrfermentausscheidung wurde wiederholt die neue Mikromethode der Abderhalden'schen Reaktion durchgeführt. Hierbei wurde der Nüchtern-Morgenurin zur Untersuchung verwendet und zum Nachweis von Abwehrproteinasen mit Schilddrüsen-, Hypophysen-, Nebennieren-, Testis-, Pankreas- und Nervengewebssubstrat angesetzt. Hierbei ergaben sich folgende Befunde:

Tabelle 3

	14. 3. 40	29. 5. 40	8. 6. 40
Schilddrüse	+++	((+))	—
Hypophysen-Vl.	+	—	—
Hypophysen-Vl.	+	—	—
Nebenniere	++	+	—
Testis	(+)	+	—
Pankreas	—	+++	((+))

Gegen Ende der Behandlung war die Ausscheidung von proteolytischen Abwehrfermenten beinahe völlig abgeklungen. Daß die Reaktion vom 29. 5. auf Pankreas so stark ausfiel, hing wohl damit zusammen, daß der Patient am Vortage zur Bestimmung der Blutzuckerkurve 0,001 g Adenalin injiziert bekommen hatte. Bei derartigen Eingriffen beobachtet man häufig ein vorübergehendes Ausscheiden von starken Abwehrfermenten, die gegen einzelne endokrine Drüsen eingestellt sind.

Bei der am 8. 6. durchgeführten Untersuchung fiel die Reaktion im wesentlich negativ aus.

Die Bestimmung der Na- und K-Werte konnte leider aus sachlichen Gründen nicht durchgeführt werden.

Die Behandlung des Patienten wurde mit dem Nebennieren-Präparat Pankortex (Nebennierenrindenhormon + Askorbinsäure) anfangs 10 ccm, später 5 ccm s. t. in täglichen Dosen vorgenommen. Ferner erhielt Patient Betaxin, Askorbinsäure und tägliche Gaben von 5 g Kochsalz.

Die Behandlung, die nach 2 Monaten abgebrochen werden mußte, führte zu einer Besserung des Allgemeinzustandes. Der Patient war wesentlich mehr belastungsfähig, körperlich und psychisch nicht mehr so leicht ermüdbar und fühlte sich beim Gehen erheblich sicherer.

Die abnorme Pigmentation blieb während der relativ kurzen Behandlungszeit unbeeinflußt.

Neurologisch wurde der Gang und die Gleichgewichtsstörung beim Romberg'schen Versuch gebessert, während die übrigen neurologischen Symptome unbeeinflußt blieben.

Auch psychisch war Patient geistig wesentlich frischer und lebhafter.

Die Schlafsucht war im Wesentlichen verschwunden. Die geistige Konzentration normal, die Stimmung immer noch etwas euphorisch.

Pat. wollte bald wieder mit seiner Arbeit beginnen.

Zusammenfassung

1. Es wird über einen Fall nach Art der funikulären Myelosen berichtet, bei dem spastisch-ataktischer Gang, Paraesthesien, so-

wie psychische Störungen im Sinne von Apathie, euphorischer Abstumpfung und Schlafsucht im Vordergrund stehen. Die Liquoruntersuchungen ergaben normale Verhältnisse.

2. Die eingehende klinische Untersuchung ergab als Grundlage der genannten neurologischen Störungen eine Addison-Erkrankung, Störungen im Blutbild, Kohlehydrat-Stoffwechsel und Wasserhaushalt.

3. Konstitutionell handelt es sich um eine schwer retardierte Entwicklung mit verspäteter Pubertät und erheblichen Körperbauanomalien, speziell dysgenitalen Stigmen und Behaarungsabnormitäten.

4. Die Therapie mit Nebennierenrindenhormon und Vitaminen führte zu einer erheblichen Besserung des neurologischen und psychiatrischen Bildes.

5. Das seltene Krankheitsbild ist nach Analogie der funikulären Myelosen bei perniciöser Anämie aufzufassen, wobei als Stoffwechselnoxe im vorliegenden Falle ein schwerer Morbus Addison die neurologische Erkrankung auslöste. Die schweren Konstitutionsanomalien dürften ihrerseits wieder die Basis für den Ausbruch der endokrinen Störung im Sinne fortschreitender Dekompensation gebildet haben.

Schrifttumverzeichnis

1. *Von Kahlden*, Neur. Zbl. 1891, 412. — 2. *Kroll*, Z. Neur. 106, 1926. — 3. *Bremer*, Fortschritt Neur. 1931 H. 1,12. — 4. *Hurst*, Brit. med. J. 1924, 93. — 5. *Thaddea*, Die Nebennierenrinde. — 6. Handbuch der Neurologie (*Bumke* und *Förster*). — 7. *Kretschmer*, Körperbau und Charakter. — 8. *G. Mall* u. *W. Winkler*, Z. Neur. 168. 1940.

Einige grundsätzliche Bemerkungen zur Schock- und Krampfbehandlung der Psychosen

Von

A. v. Braunmühl

(Aus der Insulinabteilung der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar. Direktor: Obermedizinalrat Dr. *Pfannmüller*)

(Eingegangen am 14. März 1941)

In einer jüngst erschienenen Studie über Schocklinie und Hypoglykämielinie[1]) haben wir eindringlich zu zeigen versucht, daß die neuen Behandlungsmethoden der Psychosen eine eigene und fruchtbare therapeutische Arbeits- und Forschungsrichtung in der Psychiatrie einleiten. Heute liegt uns nun daran, auf Grund einer nunmehr fast 5jährigen praktischen Erfahrung auf diesem Arbeitsgebiet Ziele, Wege und Grenzen unserer therapeutischen Bemühungen insoweit abzustecken und darzustellen, als drängende Tagesfragen einer praktischen Psychiatrie es zu ernster Aufgabe machen, sich angelegentlich mit der Insulinschockbehandlung und Krampftherapie vertraut zu machen. Die Weiterentwicklung der praktischen Psychiatrie ist zweifelsohne auf eine weite Strecke hin mit einer aufgeschlossenen Stellungnahme zu diesen Problemen verbunden und nichts wäre verderblicher, als wollten wir uns durch Fehleinstellungen zu diesen Fragen, wie sie etwa jüngst *Bonhoeffer*[2]) zum Ausdruck brachte, in dieser vordringlichen, aufbauenden Arbeit hemmen oder gar von ihr abbringen zu lassen.

Wenn man sich anschickt, theoretische und praktische Fragestellungen aus diesem Arbeitskreis zu behandeln, so kann kein Autor an der bangen Frage vorübergehen, ob und inwieweit seine Darlegungen überhaupt Resonanz finden. So viel wir nämlich sehen, sind die Stätten, an denen die neuen Behandlungsmethoden intensiv, systematisch und vor allem auf lange Sicht hin betrieben

[1]) Schocklinie und Hypoglykämielinie, zugleich ein Bericht über 3 Jahre Zickzackmethode bei der Insulinshockbehandlung. Z. Neur. 169 (1940).

[2]) Die Geschichte der Psychiatrie in der Charité im 19. Jahrhundert. Sonderdruck aus Z. Neur. 168 1/3. H. Berlin. J. Springer 1940.

werden, spärlich und werden wohl immer spärlicher. Und wo man in den letzten Jahren nicht darangehen konnte, sich mit eben diesen Dingen vertraut zu machen, wird es heute leider recht schwer fallen, das nachzuholen. So bliebe vorab die Frage, warum die neuen Behandlungsmethoden es so schwer hatten und haben, sich Eingang zu verschaffen und durchzusetzen. Wir wollen dazu nur einige wenige Gesichtspunkte beibringen.

Vorab hat man bei solcher Analyse Schockbehandlung und Krampfbehandlung auseinanderzuhalten. Für die Krampfbehandlung liegen die Dinge weit günstiger oder scheinen es jedenfalls für den weniger tief Sehenden zu sein. Billigkeit und Einfachheit des Verfahrens haben der Krampftherapie weit mehr Freunde zugeführt, als es die kostspielige, mühevolle und verantwortungsreiche Insulinschockbehandlung konnte. Im Laufe der Zeit haben solche und ähnliche Gründe schließlich dazu geführt, die Krampfbehandlung weniger in Konkurrenz mit der Insulinbehandlung zu stellen, als vielmehr ganz darauf zu verzichten, an die Schocktherapie heranzugehen, sie einzuführen und auszuprobieren. Und da nunmehr der methodisch so einfach zu handhabende Elektrokrampf unserem therapeutischen Rüstzeug einverleibt ist, steht zu fürchten, daß sich die Dinge in der vorgezeichneten Richtung zum Schaden aller weiterentwickeln. Wir benützen deshalb gerade den Zeitpunkt, zu dem der in seiner Art so empfehlenswerte neue Elektrokrampfapparat „Konvulsator“ der Siemens-Reiniger Werke in den Handel gebracht wird, um vor unvermeidlichen Irrwegen zu warnen, die einzuschlagen man auf dem besten Wege ist.

Als Erstes schicken wir diese Feststellung voraus: Insulinschock- und Krampfbehandlung schließen sich nicht aus sondern ergänzen sich. Beide Verfahren sind für die Therapie der Psychosen ganz unentbehrlich. Weder die alleinige Insulinschockbehandlung noch die alleinige Krampfbehandlung können das zustande bringen, was eine richtig geführte kombinierte Schock-Krampfbehandlung leistet. Näherhin gesagt braucht der Insulintherapeut den Krampf zur erfolgreichen und nachhaltigen Behandlung der Katatonen, der ratlos-ängstlich Schizophrenen und namentlich der Depressiven verschiedener Gruppierung. Der Therapeut, der die Krampfsetzung der Schockbehandlung vorziehen zu dürfen glaubt, muß sich indes Serien von Insulinschocks versichern, wenn er nicht Gefahr laufen will, daß das, was der Krampf an Klärung gebracht hat, in sehr kurzer Zeit schwindet und bei reiner Krampftherapie schizophrener

Psychosen jedenfalls, die Zahl der Rückfälligen so steigt, daß die in richtiger Kombination mit der Hypoglykämie so ausgezeichnete Methode der Krampftherapie — für sich allein angewandt — unsere therapeutischen Bemühungen auf lange Sicht in Mißkredit bringen muß. Unsere Erfahrungen an Hand von bald 700 abgeschlossenen Behandlungen lassen mit aller Deutlichkeit die kombinierte Schock-Krampfbehandlung als die Methode der Wahl ansprechen. Im Hinblick auf das anzustrebende Höchstmaß therapeutischer Leistungen nach Zahl, Güte und Brauchbarkeit und vor allem Dauer der zu erarbeitenden Remissionen ist nach unseren Erfahrungen jedwedes andere Vorgehen unbefriedigend.

Bei der Empfehlung des kombinierten Vorgehens werden wir immer wieder auf die Notwendigkeit, ja Unentbehrlichkeit einer ausreichenden Insulinbasis hinweisen. Man soll eine Serie von 15—20 tiefer hypoglykämischer Schocks hinter sich haben, bevor man an die Krampfsetzung geht. Diese goldene Regel, die in bald 5jähriger praktischer Arbeit diesen Beinamen verdient, hat zwei Ausnahmen: Hochgradige motorische Erregungen, die Herz und Kreislauf der gewöhnlich frisch Erkrankten stark beanspruchen, müssen im Interesse einer systematischen Insulinbehandlung bald gedämpft werden. Bei einem Teil der Fälle — wir haben da, wie gesagt, Erregungszustände bei frischen Psychosen im Auge — gelingt das durch einschleichende Insulingaben nicht oder nicht befriedigend. Wir greifen deshalb zum Krampfblock, das heißt, legen zwei bis drei Krämpfe an aufeinanderfolgenden Tagen, vermeiden also eine Verzettelung der Krämpfe durch ihre Verteilung über die Wochentage. Der Erfolg ist überraschend. Nur darf der Therapeut sich dadurch nicht in der falschen Meinung bestärken lassen, das Erreichte wäre stabil, ließe sich durch weitere Krämpfe stabil halten und der Insulinschock wäre zu entbehren. Vielmehr beginnt nach solch symptomatischer Therapie die eigentliche systematische kombinierte Schock- und Krampfbehandlung, wie das seinerzeit von uns ausführlich dargestellt wurde[1]). — Ein zweites Indikationsgebiet für den Krampfblock sind frische Katatonien, die u. U. fiebern, mehr oder weniger der Exsiccosegefahr unterliegen und die Nahrung verweigern. Insulin soll nach unseren Erfahrungen in solchen Fällen nur sehr vorsichtig und langsam gegeben werden. Ein Krampfblock von 2 Krämpfen, der nach 2—3 Tagen wiederholt wird, leitet die Behandlung vorteilhaft ein. Daneben werden einschleichend Insulin, Traubenzucker-Injektionen

[1]) Die kombinierte Shock-Krampfbehandlung der Schizophrenie am Beispiel der „Blockmethode". Z. Neur. 164, H. 1. 1939.

und Kochsalzinfusionen gegeben. Frische Katatonien, die Zeichen schwerster Prostration aufweisen, stellen in der ersten Behandlungswoche die größten Anforderungen an das therapeutische Geschick. Je länger man übrigens bei solchen Fällen aus diagnostischen Gründen die Einleitung der Behandlung hinausschieben zu müssen glaubt, um so mehr gefährdet man das Leben dieser Kranken. Jeder Tag ohne aktive Behandlung ist hier ein schweres Versäumnis. Das Mühen um eine spezielle psychiatrische Diagnose muß deshalb gerade bei den in Rede stehenden Fällen im Hinblick auf die vitale Indikation zur Therapie zurückstehen.

Wenn wir damit nur einige der Richtlinien herausgestellt haben, die sich in den vergangenen 4½ Jahren auf der Insulinabteilung Eglfing-Haar bewährten, so könnte man daran denken, in Zusammenarbeit mit ernsthaften Therapeuten weitere Gesichtspunkte herauszuarbeiten und festzulegen, nach denen heute eine kombinierte Insulin-Schockkrampfbehandlung in systematischer Arbeit geführt werden sollte. Damit ist nicht gesagt, daß dem Fingerspitzengefühl des einzelnen Therapeuten Abbruch getan werden soll. Aber wir wollen uns auch nicht verhehlen, daß vieles, was sich auf das Fingerspitzengefühl berufen will, nichts anderes ist als unsystematische Arbeit. Das Studium der besten Richtlinien ersetzt freilich weder die Einarbeit in die Methodik noch erübrigt es tätige Mitarbeit am Ausbau der neuen Behandlungsverfahren. Wer sich übrigens für ein angelegentliches Studium der Therapie interessiert, dem steht jedenfalls die hiesige Insulinabteilung immer offen. Gerade aus praktischen Erfahrungen mit therapiebeflissenen Kollegen stehen wir auf dem Standpunkt, daß heute Richtlinien ihre Berechtigung haben und mehr als bisher der systematischen Therapie zugrunde gelegt werden sollten. In gleichem Sinn weist ein kritisches Studium des Krankengutes, das unserer Insulinabteilung zugeht bzw. im Laufe der Jahre zuging.

Es setzt sich aus sehr verschiedenen Fällen zusammen, die wir einmal in drei Gruppen einteilen und kurz überschauen wollen.

Die erste Gruppe — und sie ist die größte — umfaßt die erfolglos Krampfbehandelten. Wir überschauen da Fälle, die in einer oder wiederholten Kuren bis zu 30 und 40 Krämpfen erhalten hatten, bei denen man die Krampftherapie mit Fieber- oder Hormonbehandlung und allem anderem kombinierte, nur nicht mit einer gründlichen Insulinschockbehandlung. Allen diesen Fällen waren im Laufe der alleinigen Krampftherapie eindrucksvolle Klärungen eigen, Klärungen, die mit solcher Präzision eintraten,

daß man da und dort daranging, vor einem Besuchstag oder an einem Geburtstag des Kranken Krämpfe zu setzen. Endgültige Erfolge der reinen Krampftherapie-Behandlung waren freilich so nicht zu verzeichnen, die Angehörigen blieben unbefriedigt und die Patienten anstaltspflegebedürftig. Wir haben bei verschiedenen dieser ganz hoffnungslos erscheinenden Kranken unter Anwendung einer sehr breiten Insulinbasis sehr schöne Erfolge erzielen können. Darüber wird zu gegebener Zeit zu berichten sein. Freilich gehen wir nicht gerne an diese durch Monate hingeschleppten Fälle und zwar deshalb nicht, weil wir den bestimmten Eindruck haben, daß eine forcierte Krampfbehandlung im Beginn der Psychose eine Blockade für die Insulintherapie schaffen und ihre Erfolgsmöglichkeit herabsetzen kann. Darum bedauern wir es sehr, mehr und mehr Fälle in die Hand zu bekommen, bei denen man anderwärts einige Krämpfe gesetzt hat und es uns dann anheimstellt, bei solch Anbehandelten eine Insulintherapie einzuleiten.

Eine zweite Gruppe (es sind einige wenige Fälle) umfaßt Insulinbehandelte, bei denen man verabsäumte, ein oder mehrere Krampfblocks in die Schocklinie einzulegen und deshalb ein Erfolg ausblieb. Es handelt sich um Kranke aus dem manisch-depressiven Formenkreis bzw. um Depressionen im Rückbildungsalter.

Eine dritte Gruppe von Fällen muß man leider als die Falschbehandelten bezeichnen. Es darf das mit zwei Beispielen belegt werden. Bei einem frisch erkrankten Schizophrenen soll auf Drängen der Angehörigen etwas unternommen werden. Man entschließt sich nach langem Zögern zur Krampfbehandlung. Der junge Mann erhält als Anfangsdosis 2½ ccm Cardiazol. Wie zu erwarten, bleibt bei dem Patienten der Anfall aus. Die nächste Dosis wird auf 8 ccm festgesetzt. Der Anfall stellt sich prompt ein, freilich auch schwerste Cyanose und bedrohliche Erscheinungen von Seiten des Herzens. Die Behandlung wird als zu gefährlich abgebrochen. — Daß bei der Insulinbehandlung die Möglichkeit der Fehlbehandlung weit größer ist, liegt auf der Hand. Während man in allen medizinischen Fachgebieten Spezialbehandlungen besehen und studieren muß, verabsäumt man das augenscheinlich bei der Insulinbehandlung immer noch. Daraus entstehen die allergrößten Fehler in der Methodik, vorab also schwere Zwischenfälle, die um so bedenklicher sind, als sie die Lust zur Weiterführung der Behandlung nehmen. Auch hier nur ein Beispiel: Eine Familie verlangt dringend die Insulinbehandlung eines frisch erkrankten jungen Mädchens. Man entschließt sich nur ob des Drängens der Angehörigen zur

Therapie. Erste Insulineinspritzung mit einer Anfangsdosis von 90 Einheiten. Es kommt zu einer hochgradigen motorischen Erregung. Daran schließt sich ein tiefes protrahiertes Koma an. Die Insulinbehandlung wird nach diesem ersten „Behandlungstag" als zu gefährlich abgebrochen und die erregte Patientin erhält monatelang große Mengen von Schlafmitteln. Schließlich kommt das junge Mädchen zu uns, macht eine technisch schwierige Insulin-Krampfbehandlung durch und wird als berufsfähig entlassen. Diese Fälle ließen sich nach dieser und jener Richtung hin ergänzen. Wir wollen abschließend jedoch hier nur feststellen: Die Besonderheiten der zu behandelnden Psychosen machen sowohl die Verwendung von Insulin wie die Verwendung des Krampfanfalls in Kombination mit Insulin notwendig. Die Krampftherapie allein befriedigt nach unseren Erfahrungen wegen der hohen Rückfallziffer nicht. Die Insulintherapie hinwieder genügt für die Behandlung der Psychosen nicht vollauf, da gewisse Formen der Schizophrenie, vor allem auch depressive Zustandsbilder verschiedener Art ohne Krampf nicht erfolgreich angegangen werden können. sehr resistente Fälle endlich intensivster kombinierter Schock-Krampfkombination (am besten nach Art der sog. umgekehrten Summation[1], die sich bei solch resistenten Fällen sehr gut bewährt) bedürfen.

Da wir schon im Methodischen stehen, sollen Krampfblock und die sog. „intravenöse Insulinbehandlung" gestreift werden. Die intravenöse Insulinbehandlung, d. h. die Verabreichung von Insulin in mehr oder weniger hohen Dosen (noch dazu unter gleichzeitiger Gabe von Traubenzucker!) ist nach dem, was wir sahen, therapeutisch ganz wirkungslos. Wenn man sie durchführt, bleibt als einziges Resultat die Kostenauslage und verödete Venen, die einem späteren Therapeuten die Schockbehandlung erschweren. Man muß das anführen, weil man in den Krankenblättern derart behandelter Fälle lesen kann, die Insulinbehandlung sei „wieder erfolglos" gewesen. Insulinbehandlung der schizophrenen Psychosen kennt man — von wenigen Ausnahmen abgesehen — nur als Insulinschockbehandlung. Die Schocks müssen tief, die Behandlungsdauer muß mindestens 8 Wochen betragen. Die Brauchbarkeit der intravenösen Insulingabe zu methodischen Zwecken, nämlich zum Zweck der aktiven Dosenreduktion mittels der Zickzackmethodik, wird von dem Gesagten nicht betroffen.

Zur Methodik der Krampfbehandlung: Bei der Krampfbehandlung haben wir schon früher zur Blockmethode, das

[1]) Z. Neur. 169, 431 (1940).

heißt zur Krampfsetzung an zwei bis drei aufeinanderfolgenden Tagen geraten und wiederholen diesen Rat. Das gilt besonders für eine kombinierte Schock-Krampfbehandlung. Die bei solchem methodischen Vorgehen erzielten Erfolge sind so eindeutig überlegen, daß man auf die Verteilung der Krämpfe über eine Woche nicht zurückgreifen soll. Amnestische Störungen habe ich bei der Blockmethode nicht häufiger auftreten sehen als sonst, zumal wenn man bei an und für sich günstig verlaufenden Behandlungsfällen den Block so legt, daß je ein Krampf auf Samstag bzw. Montag fällt. Daß sich die Blockmethode deshalb nicht bewähre, weil bei Verwendung von Azoman Anfallsanhäufung auftrete (*Curtze*)[1]), hat mit der Blockmethode als solcher nichts zu tun, sondern ist eine Angelegenheit der Azomandosierung. Bei Verwendung des elektrischen Stromes zur Krampfsetzung braucht man über solche Dinge nicht verhandeln. Unentbehrlich ist die Blockmethode nach unserem Dafürhalten dort, wo man sich über die Ansprechbarkeit alter Fälle einen Überblick verschaffen will. Wie wir schon seinerzeit berichtet haben[2]), handhaben wir dabei den „Krampftest" so, daß an zwei bis drei aufeinanderfolgenden Tagen ein Elektrokrampf gesetzt wird; es folgt eine Pause von 3—4 Tagen. Nach Ablauf dieser Zeit wiederholt man den Krampfblock. Zeigen sich innerhalb dieser 14 Tage irgendwelche Ansätze der Klärung, so ist auch bei alten Fällen jedenfalls eine relative Anzeige für eine Insulinbehandlung gegeben. Wie sehr hier der methodische Fortschritt des Elektrokrampfes mit seiner schnellen (und kostenlosen) Krampfsetzung die Arbeit erleichtert und es gestattet, große Krankenreihen zu prüfen, brauche ich nicht zu sagen. Man sollte sich des Krampftests angelegentlich bedienen, bevor man bei einem schizophrenen Kranken etwa die völlige geistige Verödung oder die Unlösbarkeit eines Stupors festlegt. Mehr als sonst möchte ich heute an dieses Verfahren erinnern!

All diese kurz gezeichneten Vorschläge und Arbeitsregeln bleiben problematisch, wenn Insulinabteilungen fehlen, die sie übernehmen, üben, prüfen und ausbauen. Deswegen steht immer noch die erste Frage unbeantwortet vor uns, warum es so schwer fällt, das Feld für die therapeutische Arbeit aufzubereiten. Die Gründe sind, so viel ich sehe, mannigfacher Natur — wenn man so sagen will — solche endogener und exogener Art. Die Insulinbehandlung ver-

[1]) Psychiatr.-neur. Wsch. 1940 (248).

[2]) Der Elektrokrampf in der Psychiatrie. Münch. Med. Wschr. 1940, Nr. 19.

langt von dem zur Einführung der Insulintherapie ausersehenen bzw. sie übenden Arzt weitgehende Umstellung von einer beobachtenden, expektativen, deskriptiven Psychiatrie zu einem aktivtherapeutischen Vorgehen mit medizinisch-klinischem Tun und Handeln. Diese Umstellung ist nicht leicht, und deswegen bedeutet der „Eignungsfaktor“ des Arztes so viel für die Einführung und vor allem für die Durchführung der Therapie auf lange Sicht. Wer im ersten Vierteljahr bei der Insulintherapie aushält und die mannigfachen Sorgen und Nöte einer jungen Insulinabteilung um der Sache willen auf sich nimmt, hat viel gewonnen. Bei richtiger Technik können Erfolge nicht ausbleiben! Kritische Beobachter und therapeutische Nihilisten, wichtige „Umweltfaktoren“ für den Therapeuten, werden sich den aufzuzeigenden Ergebnissen nicht verschließen und es wird so systematischer Arbeit gelingen, eine Anstalt langsam aber sicher auch im Sinne der therapeutischen Aufgaben umzustellen. Freilich beherrscht nicht zuletzt ein „Systemfaktor“ die Psychiatrie, die klinische wie die Anstaltspsychiatrie, und läßt es sehr schwer fallen, den jungen Kräften den Weg zur therapeutischen Arbeit zu öffnen. So nachhaltig nämlich die frühere, rein diagnostische Aera der Psychiatrie das Denken der deutschen Irrenärzte befruchtet und geschult hat, so nachhaltig hat sie auch ihre therapeutische Einstellung beeinflußt: Im unentwegten Festhalten an der Aussichtslosigkeit und Hoffnungslosigkeit jedweder therapeutischer Arbeit. Es war mir immer unverständlich, wieso man mit einer gewissen unverkennbaren Befriedigung über die therapeutische Unbeeinflußbarkeit der Psychosen sprach und niemals auch nur der Hoffnung Ausdruck gab, daß künftige Arbeit hierin etwa Wandel schaffen möchte. „Deswegen wird gerade der für das Heilen und Helfen begeisterte Arztjünger von der Psychiatrie häufig nicht angezogen werden“, sagt *Kolle*[1]) sehr richtig. Wir haben also zudem mit einem „Auslesefaktor“ unter den in unserm Fachgebiet arbeitenden Ärzten zu rechnen, ein Auslesefaktor, der für die Einführung und Förderung der aktiv-biologischen Heilverfahren nicht günstig ist. *C. Schneider* hat in umfassender Schau die übrigen Schwierigkeiten aufgezeigt und ich möchte nur auf Grund eines persönlichen Erlebnisses die Dinge zeichnen wie sie sind: Zu Beginn der neuen therapeutischen Aera versicherte mir ein wissenschaftlich sehr interessierter einstiger Schüler *Kraepelins*, es sei doch schade, wenn durch die neuartigen gewalttätigen therapeutischen Eingriffe das Studium der schizo-

[1]) Psychiatrie. Urban u. Schwarzenberg. Wien 1939.

phrenen Denkstörungen erschwert oder gar behindert würde, ja, seltene schizophrene Symptomenbilder nicht mehr zur Entwicklung kämen. Ob man aus solcher oder ähnlicher Einstellung heraus abstinierende Schizophrene heute noch unentwegt füttert, Kataton-Erregte mit Dauerbädern oder Morphium-Hyoscingaben, Depressive gar nicht oder mit Schlafmitteln, Opium und neuerdings mit Pervitin therapiert, statt sie einer kunstgerechten Insulin-Krampfbehandlung zuzuführen? Man mag sich zu den Belangen der klinischen Psychiatrie stellen wie man will: es bleibt die Feststellung, daß sich jedenfalls unter therapeutischen Gesichtspunkten die Trennung von Klinik und Anstalt sehr ungünstig auswirkt. Es ist deshalb auch nicht von ungefähr, daß in der Schweiz die Psychiatrie, die diese Trennung nicht kennt, so tätigen Anteil an allen Problemen und Aufgaben einer theoretischen und praktischen Psychiatrie genommen hat und nimmt. — So wie die Dinge liegen, wird auf lange Sicht denen die Führung zufallen, die mit dem Rüstzeug tätig arbeiten, das uns die letzten Jahre zur Verfügung gestellt haben. Wenn man dabei, wie *Bonhoeffer* vermeint, unsere heutigen „Schockmethoden" (die übrigens bei kundiger Handhabung immer mehr des „Schockierenden" verlieren!) denen aus der Zeit *Horns*, also seinem Drehstuhl in der Charité, den Brennzylindern und den Spritzmaschinen vergleichend an die Seite stellen zu müssen glaubt, so bleibt jedenfalls die Feststellung, daß bei den auf ärztliche Hilfe bedachten Psychiatern der damaligen Zeit die Arbeit mit der Feststellung einer psychiatrischen Diagnose nicht aufhörte. Ja, ihre Gewaltkuren waren — wie übrigens *Bonhoeffer* diesen Männern ausdrücklich bestätigt — von einer „tatsächlichen Wirkung" auf die Psychose begleitet. Diese Ärzte halfen also ihren Kranken. Im Helfen aber, so meinen wir, hat die Psychiatrie im Laufe ihrer klinischen Entwicklung manches unterlassen. In einer Rückschau gilt das nicht zuletzt für die Einführung der *Klaesi*schen Dauerschlafbehandlung, die trotz aller technischen Schwierigkeiten und Unzulänglichkeiten die moderne aktive Therapie der Psychose einleitet. Man muß darüber wachen, daß es den neuen Behandlungsmethoden nicht so geht wie *Klaesis* Anregungen von damals. Fortgesetzte Arbeit auf dem Gebiet der Insulin-Krampfbehandlung ist ja schon deshalb nötig, als mit *Sakels* und *von Medunas* Methoden die Therapie erst ihren Anfang nimmt und der Ausbau unabweisbar ist. Bei der außergewöhnlichen Kompliziertheit der Fragestellungen werden sehr verschiedene Wege einzuschlagen sein, empirisch und theoretisch unterbaute, um weiterzukommen. Als vordringlichstes, außerordentlich wichtiges

Problem bietet sich die Stabilisierung kurzdauernder Remissionen im Gefolge der Krampfbehandlung an. Es muß ein Weg gefunden werden, um solche immer wieder überraschende Klärungen nach einem Krampfblock zu halten. In erster Linie dient dazu die breite Insulinbasis. Nach weiteren Erfahrungen glauben wir (wie schon früher angegeben) von hohen intravenösen Calziumgaben in Verbindung mit Insulin Gutes zu sehen.

Im Hinblick auf so viele und so drängende Aufgaben, zu deren Lösung alle berufen sind, bleibt jene Einstellung fremd, wie sie in Mitteilungen und Jahresberichten aus verschiedenen Anstalten immer wieder auftaucht. Es heißt, der Mangel an Ärzten und Pflegepersonal, Platzgründe, Etatssorgen würden es der Anstalt nicht erlauben, die Insulinbehandlung einzuführen. Solche Sorgenmomente werden und müssen dort zurückstehen und zu überwinden sein, wo man aus einem inneren Bedürfnis und dem Willen zu helfen an die Arbeit geht. In diesem Sinne wird der wichtigste Aufgabenkreis der psychiatrischen Heilanstalt zu umschreiben sein, der es obliegt, die Voraussetzungen und Grundlagen für die therapeutische Arbeit, ihre kunstgerechte Übung und ihren zielstrebigen Ausbau zu schaffen. Und diese ärztliche Aufgabe muß gelingen — im Interesse unserer Kranken und des medizinischen Fortschritts! Haben doch die neuen Behandlungsmethoden gezeigt, daß die psychotischen Störungen aus dem schizophrenen und zirkulären Formenkreis von der somatischen Seite her so nachhaltig beeinflußt werden können. Diese grundlegende Erkenntnis muß trotz aller Schwierigkeiten genützt werden[1]). Man nehme zum Vergleich die praktische Chirurgie. Wohin wäre sie gekommen, wenn bei Einführung der Narkose Chloroform und Äther „zu teuer" gewesen wären? Wie hätte sie sich entwickeln können, wenn man eine neue angegebene Operation deswegen nicht geübt hätte, weil dazu ein größerer Operationsraum, neue Instrumente oder mehr Assistenten nötig gewesen wären? Wo bliebe schließlich die Hirnchirurgie, wenn sie ihre Forschung und Arbeit mit der Trepanation als erledigt betrachtet hätte? Und in der Therapie der Psychosen, die in allerjüngster Zeit solch erstaunliche Fortschritte gemacht hat, stehen wir heute da, wo andere medi-

---

[1]) Sie gelingt um so leichter, je aufgeschlossener wir die vorgesetzten Dienststellen für solche ärztlichen Bemühungen finden. Beispielgebend ist hier die schöne Insulinabteilung der Landesanstalt Ückermünde in Pommern, die Herr Kollege *Lauterwald* jüngst nach Eglfinger Muster einrichten konnte.



zinische Schwesterfächer vor 100 Jahren gestanden sind. Sollen wir unsere Aufgabe als getan betrachten? Freilich wird man dem Fortschritt nur dann die Bahn freimachen, wenn man unsachliche Momente aus dem Spiele läßt und die neuen Behandlungsmethoden in die Hand eines Älteren und Erfahrenen, nicht aber in die Hand des jüngsten klinischen Assistenten oder Anstaltsarztes legt. Es bedeutet zu viel der Verantwortung und zu viel organisatorischer Neuarbeit, als daß sich so junge Kräfte gegen die mannigfachen Widerstände durchsetzen könnten.

Dort aber, wo aus besonderen Umständen in jetziger Zeit die Bedingungen für die Einführung und systematische Durcharbeitung der Therapie nicht gegeben sind, dürfen die Kranken nicht ohne die Wohltat einer Behandlung liegen bleiben. *Ich brauche nicht auf die Größe der Verantwortung hinzuweisen, die jeder auf sich lädt, der heute eine frische Schizophrenie unbehandelt läßt, wie immer man auch im Einzelfall die Voraussage für den Fall oder die Aussichten der Therapie überhaupt einschätzen mag.* Von den schizophren Erkrankten einmal ganz abgesehen, besteht bei den psychischen Erkrankungen des Rückbildungsalters (wir meinen da in erster Linie die depressiven Störungen im Klimakterium) gleicherweise eine absolute Anzeige für Schock- und Krampfbehandlung. Keiner, der die Dinge in etwa übersieht, kann sich den großen Erfolgen verschließen, die die neuen Behandlungsverfahren gerade bei dieser Gruppe geistiger Erkrankungen (deren Voraussage ja keineswegs so günstig ist) aufzuweisen haben. Um nur eine Zahl zu bringen, konnten wir seit Januar 1938 (wo wir die kombinierte Insulin-Krampftherapie bereits auf diese Gruppe von Psychosen ausdehnten) 90% der so Behandelten voll arbeits- und berufsfähig und weitere 2,4% als noch arbeitsfähig, d. h. insgesamt 92,4% aller Behandelten aus der Anstalt bringen. Darunter befanden sich Fälle, die bereits jahrelang anstaltsbedürftig waren und es geblieben wären!

Es müssen sich deswegen Mittel und Wege finden lassen, die der Behandlung bedürftigen Kranken nun auch tatsächlich einer Behandlung zuzuführen! So wie die Dinge heute liegen, ergibt sich damit die Notwendigkeit einer vernünftigen *Zentralisation der Insulinbehandlung.* Größeren Behandlungsabteilungen müssen all *die* frischen Fälle zuverlegt werden, die anderorts nicht behandelt werden können oder aber, die als Behandlungsfälle solche Schwierigkeiten in der Methodik machen, daß man aus technischen Gründen glaubt, die Behandlung abbrechen zu müssen. Hier greifen die großen Behandlungsabteilungen

mit besonders geschulter Leitung und neuzeitlichen Einrichtungen helfend ein und führen manchen hoffnungslos erscheinenden Fall wieder aus der Anstalt. Ich bin der Letzte, der kleineren Anstalten die interessante Arbeit der Insulinbehandlung nehmen möchte und habe bis vor kurzem die Dezentralisation vertreten. Nach dem heutigen Stand der Dinge aber ist so gut wie bei jedem frischen Erkrankungsfall von Schizophrenie, von manisch-depressivem Irresein und vor allem von Fällen mit Rückbildungspsychosen die kombinierte Insulin-Krampfbehandlung so vordringlich, daß man jetzt nicht warten kann, bis die Anstalten allmählich zum Aufbau von Behandlungsabteilungen kommen, zumal einer Reihe dieser mit erstem Eifer und mannigfachen Kosten errichteten Insulinabteilungen leider nur eine kurze Lebensdauer beschieden war, nicht zuletzt, weil es — das muß gesagt werden — am Ausharren und an der systematischen Arbeit fehlte.

Die Grenzen unserer therapeutischen Leistung bleiben dem kritischen Arbeiter immer bewußt. Wir werden darüber zu gegebener Zeit an Hand unseres großen Behandlungsgutes berichten. So viel darf aber heute schon gesagt werden: Die Grenzen sind nicht so eng gezogen, als daß man nicht die unspezifische kombinierte Insulinschock-Krampftherapie zur Behandlung der großen Psychosen (also der Schizophrenie, des manisch-depressiven Irreseins, der Rückbildungsdepressionen) sowie schwerer Psychoneurosen angelegentlich empfehlen muß. Die genannten Behandlungsmethoden bedeuten zweifelsohne einen ganz großen Fortschritt in der Medizin überhaupt. Wenn dazu *Roggenbau*[1]) meint: „Man gewinnt den Eindruck, daß mit zunehmender geographischer Entfernung von dem Ursprungsort der Methode die Skepsis über den Wert der neuen Methodik zunimmt. Während im Süden von ganz großem therapeutischem Fortschritt gesprochen wurde . . . ., fehlte es im Norden nicht an Stimmen, die diesen Optimismus in keiner Weise teilen konnten“, so macht sich der Autor die Sache doch zu leicht.

Die kritischen Besprechungen über den Wert der neuen Behandlungsmethoden enden übrigens gewöhnlich mit dem Hinweis, es würden nur die „symptomatischen Schizophrenien“ günstig beeinflußt. Es wäre ein besonderes Verdienst der Kritiker, wenn sie uns wissen ließen, wie man endogene Schizophrenien von solchen symptomatischer Natur, von „den schizophrenieartigen Zustandsbildern, die gelegentlich auch als Randpsychosen der schizophrenen Prozesse bezeichnet werden und die ätiologisch wohl den verschie-

---

[1]) Dtsch. med. Wschr. 1939, II. 1297—1299.

denartigsten Grundprozessen zugehören" (*Roggenbau*), ich sage, man wäre dankbar, wenn die Kritiker den Therapeuten wissen ließen, wie man solche Fälle von der Prozeß-Schizophrenie klinisch eindeutig unterscheiden kann — und zwar vor Beginn einer Insulinbehandlung. Im übrigen meinen wir, wäre es nach allem heute Erfolges genug, wenn wir nur die „symptomatischen Schizophrenien" (wenn man diese Bezeichnung überhaupt gebrauchen will) der Familie und dem Berufsleben schnell und in guter psychischer Verfassung zurückgeben können.

Über die Brandstiftung eines Hirnverletzten im alkoholischen Ausnahmezustand und ihre Aufklärung durch den Alkoholversuch

Mit weiteren Ausführungen über den pathologischen Rausch und über die diagnostische Bedeutung des Alkoholtoleranzversuches

Von

Johannes Schottky

(Aus der Staatl. Landes-Heil- und Pflegeanstalt Hildburghausen i. Thür. Direktor: Obermedizinalrat Dr. med. *Johannes Schottky*)

(Eingegangen am 4. Januar 1941)

Inhaltsangabe

A. Einleitung

Unter den Straftaten, wegen deren Angeklagte zur psychiatrischen Begutachtung kommen, trotzen die Brandstiftungen im Verhältnis häufiger als andere einer wirklich zureichenden Aufklärung. Diese Erfahrung habe ich nicht nur selbst seit Jahren als Gutachter in Strafsachen machen können, sondern dies geht auch aus dem Schrifttum hervor. Selbst wenn es in zunächst ganz unklaren Fällen schließlich gelungen ist, den Urheber einer Brandstiftung mit Sicherheit festzustellen, ist es doch zuweilen unmöglich, die psychologischen Zusammenhänge der Tat befriedigend aufzuklären oder wenigstens die kausalen Beziehungen ganz zu erkennen. Dies gilt vorwiegend für diejenigen Brandstifter, deren Tat *A. E. Hoven*, eine Schülerin von *Kurt Schneider*, als primäre Entladungsreaktion bezeichnet hat, in zweiter Linie allgemein für die geistig abartigen oder geisteskranken Brandstifter.

Der hier darzustellende Fall betrifft die unter der Einwirkung des Alkohols begangene Tat eines Hirnverletzten.

Daß Hirnverletzte — ganz allgemein gesprochen — stärker zu unüberlegten Handlungen neigen, und daß sie meist alkoholische Getränke schlecht vertragen, ist bekannt, und es kann auch noch nicht als außergewöhnlich bezeichnet werden, wenn ein Hirnverletzter unter dem Einfluß einer alkoholischen Vergiftung eine Brandstiftung begeht, obwohl solche Fälle schon selten sind. Der 25jährige hirnverletzte Brandstifter, den ich beobachten konnte, bot jedoch darüber hinaus mit seiner Tat so viele Besonderheiten, daß eine Wiedergabe gerechtfertigt und ein Anlaß zu einigen allgemeineren Überlegungen gegeben ist. Der Täter war nicht alkoholintolerant, sondern er kam in einem schweren alkoholischen Ausnahmezustande, einem pathologischen Rausch, zur Tat.

Meist müssen bei den Straftaten, die unter der Alkoholeinwirkung begangen worden sind, die Einflüsse des Alkohols auf die Persönlichkeit des Täters und sein Handeln nachträglich mühsam aus objektiven Angaben, aus der oft nicht genauer bekannten Menge des Mittels und aus Vergleichen mit der Wirkung gleicher Alkoholmengen schlechthin und im besonderen auf Konstitution und augenblickliche Disposition des Täters erschlossen werden. In meinem Fall gelang es nun, im Alkoholversuch einen gleichen Ausnahmezustand zu erzeugen, und in diesem Versuch offenbarte der Täter eine schon primär zu nennende triebhafte Freude am Spiel mit Feuer. Es gelang durch den Versuch eine nahezu lückenlose Aufklärung des Hergangs bei der Brandstiftung. Weiter konnte der pathologische Rausch im Al-

koholversuch während seines ganzen Ablaufs eingehend beobachtet werden. Über das lehrreiche Beispiel einer sehr seltenen Brandstiftungsart und der Bedeutung des Alkoholversuchs bei der Aufhellung solcher Verbrechen hinaus war daher der Fall auch klinisch aufschlußreich.

Verschiedentlich findet sich zwar im Schrifttum der Hinweis, daß Brandstiftungen auch im pathologischen Rauschzustande begangen werden können (*Bumke*, *Kraepelin*, *Többen* u. a.), doch ist mir im Schrifttum keine Darstellung eines ähnlichen Falles begegnet. Die andernorts näher beschriebenen berauschten oder trunksüchtigen Brandstifter haben ihre Tat meist entweder im akuten Rausch, unter dem Wegfall von Hemmungen und unter der erregenden Wirkung des Alkohols begangen, oder sie sind unter dem Einfluß oder jedenfalls der Mitwirkung der chronischen Alkoholschäden mit den dadurch bedingten Veränderungen der Persönlichkeit zu Brandstiftern geworden. Kaum je fehlt dabei ein, freilich in seinem Einfluß wechselnd starkes, verständliches Motiv. Über Brandstiftungen im pathologischen Rausch liegen nur wenige Beobachtungen vor, aus denen hervorgeht, daß auch hier bei einigen Tätern Motive, freilich ganz unzureichende, vorhanden waren, während andere motivlos handelten. Nur in einem mir bekannten Fall (*Puppe*) hatte der Täter vorher eine Hirnverletzung erlitten. *Mönkemöller* zitiert ihn als einzigen dieser Art.

Die Tat des hier zu beschreibenden Brandstifters ist am ehesten einer Brandstiftung im epileptischen Ausnahmezustand vergleichbar oder etwa dem jüngst von *Többen* dargestellten Fall eines pathologisch Berauschten, der zwei Kameraden niederschoß. Aber auch diese Vergleiche gelten nur mit Einschränkung, weil die Gewalttaten beispielsweise des *Többen*schen Falles oder die in epileptischen Dämmerzuständen begangenen einer krankhaften, wahnhaften Verkennung der Situation, einem schweren triebhaften Drange oder jedenfalls einer angriffslustigen Einstellung zur Umwelt entspringen, während in unserem Falle im Wesentlichen eine sonst nicht stärker hervortretende triebhafte Freude am Spiel mit dem Feuer die Ursache, zumindest Mitursache der Brandstiftung gewesen ist.

Es wird zunächst eine Darstellung des Falles in dem erforderlichen Umfange gegeben, um anschließend die Besonderheiten der Persönlichkeit, der durch die Hirnverletzung gesetzten Veränderungen, die Art des pathologischen Rausches und schließlich allgemein die Vorgänge beim pathologischen Rausch und die Bedeutung von Alkoholversuchen bei derartigen Fällen zu besprechen.

B. Der Fall Spieter

Der am 8. 8. 1913 in einem Ort des Bezirks Kaiserslautern geborene Peter Spieter befand sich vom 20. 12. 38—19. 1. 39 auf Veranlassung des Oberstaatsanwalts in Me. zur Beobachtung auf seinen Geisteszustand nach § 81 StPO. in der Anstalt Hildburghausen.

1. Die Tat und ihre Begleitumstände (nach den Akten)

Nach dem Auszug aus dem Strafregister ist Spieter nicht vorbestraft.

In der Nacht vom 5. zum 6. 11. 1938 (Sonnabend zum Sonntag) wurde ein Einbruch in den Büroraum des Sägewerkes L. in W. (Südthüringen) unter gleichzeitiger Brandstiftung verübt.

Das Büro liegt im Betriebsgebäude. Ein Fensterflügel des einen Fensters stand offen, die Scheibe war an der oberen und unteren Hälfte eingeschlagen. Im Inneren des Raumes lagen auf dem Fußboden mehrere abgebrannte Streichhölzer. Auf dem Schreibtische lagen Schriftstücke verstreut, ferner einige Kontobücher, die vorher im rechten Tischschubkasten aufbewahrt gewesen waren. Eine Rechnung auf dem Tisch zeigte einen Brandfleck. An der rechten Seite des Aufsatzregals hing ein fast vollständig verkohltes Schriftstück und darüber ein angekohlter Wandkalender. Im rechten Tischschubkasten wurde angekohltes Papier gefunden. Es erschien nicht ausgeschlossen, daß der Täter auf das brennende Papier im Regal geschlagen habe. Die Sachen im linken Tischkasten sowie weitere Sachen von höherem Wert waren unberührt. Das Fehlen irgendwelcher Sachen wurde nicht festgestellt. Es mußte sich (nach Ansicht des Kriminalbeamten) um eine beim Suchen äußerst aufgeregte Person gehandelt haben, die mit den örtlichen Verhältnissen im Sägewerk vertraut war. Außerhalb des Büroraumes wurden im Betriebsgebäude in Abständen auf den dort lagernden Bretterstapeln angebrannte Streichhölzer gefunden, ebenso vereinzelt solche vor dem Betriebsgebäude. Der Täter mußte die örtlichen Verhältnisse gekannt haben, weil ihm in Abständen das kurze Aufflammen des Streichholzes genügt hatte. Ferner fand sich außerhalb des Betriebes eine frische Fußspur.

Weiter fand sich unmittelbar neben der Hobelmaschine ein Raum, unter dessen als Türschwelle dienenden Balken eine Anhäufung von Holzspänen gefunden wurde. Die Späne waren unmittelbar vor dem Balken so angehäuft (zusammengescharrt), daß daneben die bloße Erde zu sehen war. Hier fanden sich Reste von verkohltem Papier, ebenso waren an zwei Stellen die Hobelspäne angebrannt und handtellergroße Brandstellen zu sehen. Die Brandstellen lagen etwa 40 cm auseinander und der Balken war von unten leicht angekohlt. Unter dem Balken verbanden sich beide Brandstellen zu einem Ganzen. Rund um den Brandherd waren 46 Streichhölzer verstreut, ebenso der Rest einer Zigarette. Ein wesentlicher Schaden war durch die Brandlegung nicht entstanden.

Da Spieter früher im Werk beschäftigt gewesen war und jetzt in einem Sägewerk in der Nachbarschaft, in M., arbeitete und dort wohnte und sich am Abend vor der Tat in W. aufgehalten hatte, verdichtete sich der Verdacht auf ihn. Er wurde in M. auf der Straße angetroffen. Der Vergleich der Fußspur mit seinen Schuhen ergab seine Täterschaft. Spieter wollte zunächst

von nichts wissen, gab aber während der Fahrt zur Kriminalwache zu, am Abend des 5. 11. im Sägewerk des L. gewesen zu sein.

2. Die Aussagen des Spieter

Er habe sich in der Nacht vom 5. zum 6. 11. 1938 im Sägewerk des L. aufgehalten. Wie er dort hineingekommen sei und was er gemacht habe, wisse er nicht. Er sei sehr betrunken gewesen und habe erst in den ersten Morgenstunden beim Erwachen aus dem Rausch bemerkt, daß er nicht zu Hause sei. Er habe ein Streichholz angezündet und gesehen, daß er sich im Sägewerk des L. befinde. Er habe im Hobelraum unterhalb des im Raum gelegenen Aufzuges geschlafen. Er habe nochmals ein Streichholz angesteckt und dabei bemerkt, daß um seinen Platz herum in den Sägespänen mehrere kleinere Brandstellen gewesen seien. Hieraus habe er entnommen, daß er in seinem Rausch mehrere Streichhölzer angebrannt habe. Er sei froh gewesen, daß sich kein Brand entwickelt habe. Er habe während der Dunkelheit auf dem Hofe nochmal ein Streichholz angezündet, habe dort sein Fahrrad bemerkt und sei dann nach M. in seine Wohnung gefahren. Er könne sich nicht entsinnen, im Betriebsbüro gewesen zu sein, dort einen Feuerschein gesehen, in den Schubkästen gesucht oder eine Fensterscheibe eingeschlagen zu haben. Er habe sich vorgestern abend in M. bei dem Kaufmann R. eine neue Schachtel Streichhölzer gekauft. Er rauche Zigarren und Zigaretten.

Bei L. sei er von Februar 1937 bis Frühjahr 1938 beschäftigt gewesen. Er habe die Arbeit aufgegeben, da es ihm nicht mehr gefallen habe. Mit L. habe er sich sehr gut verstanden, jedoch nicht mit der Frau, weil diese dauernd in das Geschäft hineingeredet habe. Vor der Tätigkeit bei L. sei er 4 Wochen auf Wanderschaft gewesen, davor habe er am Bodensee gearbeitet. Es sei das erste Mal seit seinem Ausscheiden aus dem Betrieb des L., daß er dort genächtigt habe. Nüchtern wäre er nicht dorthin gegangen.

Im Jahre 1929 oder 1930 sei ihm beim Holzfällen ein schwerer Ast auf den Kopf gefallen. Seit der Zeit leide er ab und zu an Kopfschmerzen, und er wisse nicht, wenn er betrunken sei, was er tue. Von seinem Lohn habe er gestern (Samstag) mittag noch etwa 10 RM. gehabt. Er sei mit einem gewissen R. in M. in die Bahnhofswirtschaft gegangen und habe bis zum Abend gezecht. Wieviel Bier er getrunken habe, wisse er nicht mehr, dann habe er sich auch noch eine Flasche Schnaps gekauft, sei mit dem Fahrrad nach W. zu der Familie Alfred E. gefahren. Er liebe die Frau, wisse aber nicht, ob sie ihn auch liebe. Dort habe er die Flasche Schnaps aufgekorkt. Dieser Schnaps müsse ihn vollständig fertiggiggemacht haben. Von da ab wisse er nicht mehr, was er getan habe; wo die Schnapsflasche geblieben sei, wisse er nicht. Er habe im Sägemehlraum des L. kein Feuer verursacht. Er könne sich nicht denken, wer das gemacht haben könnte. Er sei so betrunken gewesen, daß er nicht mehr wisse, wie er in den Betrieb des L. gekommen sei. Von einem Einbruch oder einer fahrlässigen Brandstiftung wisse er nichts. Er habe keinerlei Ursache zu einer solchen Tat gegen die Familie L. gehabt.

Spieter gab weiter zu, das Rad des R. benutzt zu haben. Er habe das Rad am Sonntag gegen ½ 8 Uhr wieder auf den Neubau des R. zurückgestellt. Vom Sägewerk des L. sei er unmittelbar wieder in sein Logis nach M. zurückgefahren; wie spät es da gewesen sei, wisse er nicht. Er habe von R. das Rad kaufen wollen und sich deshalb für berechtigt gehalten, es zu benutzen. Er

könne sich nicht entsinnen, in der Gastwirtschaft des B. eine Schachtel Streichhölzer gekauft zu haben. Wenn er so etwas getan habe, so müsse es nach dem Weggang von der Familie E. gewesen sein. Auf alles, was danach geschehen sei, könne er sich nicht mehr besinnen.

Nach seinem Selbstmordversuch (siehe später) gefragt, erklärte Spieter, er könne sich daran nicht entsinnen. Der Brief (Abschiedsbrief) enthalte wohl seine Schrift, jedoch müsse er bei dessen Abfassung betrunken gewesen sein.

3. Die Aussagen der Zeugen

Der Geschäftsführer des L. erklärte: Spieter sei oft betrunken gewesen, und zwar während der Arbeitszeit. Er habe häufig Vorschuß verlangt, in der Trunkenheit sei er ein rabiater Mensch. Wenn man ihn ermahnt habe, habe er mit der Arbeit aufhören und davonlaufen wollen. Etwa im Juli 1937 habe Sp. einmal im Kontor geäußert, man solle die Papiere an seine Mutter schicken, und wenn sie ihn nochmals sehen wollten, könnten sie ihn morgen früh tot sehen. Spieter habe ferner Überstundenzuschläge verlangt. Obwohl er diese nicht zu fordern hatte, habe er sie ihm gegeben, da er nach der Entlassung des Spieter etwas von ihm befürchtet habe. Zwischendurch habe Spieter erklärt, er wolle mit L. noch abrechnen, ihm könne ja nichts passieren, da er dienstbeschädigt sei. Dem Spieter sei geantwortet worden, darin liege eine Erpressung, und man werde ihn durch die Polizei abholen lassen. Daraufhin sei Spieter verschwunden. Er habe den Eindruck gehabt, daß Spieter sich das Leben nehmen und vorher noch das Werk in Brand setzen werde. Er habe daraufhin die ganze Nacht auf das Werk geachtet. Am 27. 9. 37 habe dann Spieter auf seine Bitte hin wieder mit der Arbeit angefangen und sei bis zum 28. 3. 38 geblieben. Danach habe er noch verschiedentlich angefragt, sei aber immer wieder abgewiesen worden.

Der Kutscher Erich K. sagte aus: er wohne seit etwa 14 Tagen mit Spieter im Sägewerk des W. zusammen. Spieter hole sich fast jeden Abend einige Flaschen Bier. Er sei täglich mit ihnen zusammen schlafen gegangen (gegen 21½ Uhr), nur in der Nacht vom 5. zum 6. 11. nicht.

Der Zimmergenosse Sch. des Spieter erklärte: Tagsüber kämen sie nicht zusammen, nur abends auf der Stube. Spieter sei dem Alkohol sehr zugeneigt. Wann Spieter nach Hause gekommen sei, wisse er nicht, jedenfalls habe er morgens gegen 6 Uhr im Bett gelegen.

Der Laufrichter Erich R. sagte aus: Am 5. 11. habe Spieter gegen Mittag erklärt, zur Bahnhofswirtschaft gehen zu wollen. Er habe dort aber nicht zu Mittag gegessen, sondern sie hätten nur einige Glas Bier getrunken. Dann hätten sie auf dem Bau noch ein Stück Fußboden gelegt und danach nach Einbruch der Dunkelheit nochmals in der Bahnhofswirtschaft Bier getrunken. Auch habe er für Spieter eine warme Wurst ausgegeben. Gegen 19½ Uhr sei Spieter verschwunden, nachdem sie auch noch Bier in Litern zum Umtrinken gehabt hätten. Am nächsten Morgen habe er festgestellt, daß jemand sein Fahrrad benutzt hatte. Der Gastwirt A. aus M. bestätigte: Spieter habe am 5. 11. bei ihm etwa 5 bis 6 Glas Bier getrunken, sich auch am Umtrunk von 3 Litern beteiligt. Spieter sei nicht direkt betrunken gewesen. Bei seinem Fortgang (19 Uhr) habe er noch eine Flasche Likör für RM. 5.— gekauft. Die Ehefrau E. gab an: Spieter habe bis vor 8 Tagen bei ihnen gewohnt. Gestern (5. 11.) sei er gegen 20,15 Uhr stark angetrunken in die Wohnung gekommen, habe eine Flasche Likör mit-

gebracht, bei ihr geöffnet und sie mit ihr austrinken wollen. Sie habe es nicht zugelassen, worauf Spieter wieder die Wohnung verlassen habe.

Der Werkzeugmacher Alfred E. (Ehemann der Frau E.) erklärte: sie hätten vor etwa einem Jahre Spieter aus Gutmütigkeit bei sich aufgenommen. Spieter habe schon damals getrunken und sei dann unberechenbar gewesen. Vor etwa 8 Tagen habe er Spieter aufgefordert, das Haus zu verlassen, da er der Frau gegenüber zu frech geworden sei. Am 5. 11. abends gegen 21. 15 Uhr sei er dann wieder erschienen, er wolle Abschied feiern, denn morgen oder übermorgen sei er in Kaiserslautern. Er habe eine Flasche Likör aus der Tasche genommen und diese mit seinem Korkenzieher geöffnet. Spieter sei dann in das Haus von K. gegangen. Bereits am 29. 10. (einem Sonnabend) habe Spieter (während der gemeinsamen Arbeit) erklärt, sein nächster Weg sei ins Zuchthaus. Spieter sei dabei betrunken gewesen. Auf einen Einwurf habe Spieter erwidert, er habe nichts gegen die Familie des E. vor. Spieter habe damals dann von E. verlangt, ihm Bier zu holen, und auf dessen Weigerung hin habe er sich selbst zwei Flaschen geholt. Ferner: am 1. Pfingsttag habe Spieter auf einem Ausflug ziemlich viel getrunken gehabt. Nach der Rückkehr habe die Frau zufällig in dem Zimmer des Spieter bemerkt, daß er sich mit dem Taschenmesser die Pulsader öffnen wollte. Auf dem Bett habe ein Abschiedsbrief an den Lehrmeister und die Mutter gelegen. Ähnlich habe er am Sonnabend, dem 29. 10. 38, am linken Handgelenk des Spieter Blut bemerkt. Spieter habe gesagt, er habe sich an einem Nagel gerissen. Seine Frau habe jedoch in der Kammer des Spieter auf dem Boden ein blutiges Rasiermesser gesehen. Seine Frau denke gar nicht daran, sich mit Sp. abzugeben.

Die Ehefrau K. sagte aus: Spieter sei einige Male bei ihnen gewesen, um sich von ihrem Manne Geld zu borgen. Am 5. 11. abends gegen 21.30 Uhr habe sie etwas die Treppe heraufpoltern hören. Spieter habe auf dem Flur gestanden. Er habe einen furchtbaren Eindruck gemacht, als sei er ganz wirr, dagegen nicht, als sei er stark betrunken. Sie habe ihn zum Hinsetzen aufgefordert; er habe alle möglichen Reden geführt, u. a. auch „Tatü, Tatü". Sie habe nicht verstanden, was er meinte. Er habe gesagt, ganz W. solle an ihn denken, Flammen kämen hoch, und wenn sie raussprängen, tue er sie erschießen. Damit habe er Frau E. gemeint. An vier Stellen fange er an, beim Stützpunktleiter, beim Holzsägewerk des L., beim Julius (W.) und beim Haus des E., überall solle es brennen. Auf den Hinweis, sie müsse ihn der Polizei melden, habe er gebeten, ihn nicht zu verraten. Er wisse, daß er ins Zuchthaus komme. Dann habe Spieter zu rauchen verlangt. Er habe von ihr eine Zigarre bekommen und dann Feuer verlangt, da er keine Streichhölzer habe. Sie habe ihm mit einem Papierstreifen für die Zigarre Feuer gegeben. Er habe sich wohl geärgert, daß er von der Frau E. hinausgeworfen worden sei. Auf den Vorhalt, er solle an die Kinder und an seine Mutter denken, da bei einem Brand auch Kinder umkommen könnten, habe er zu weinen angefangen und gesagt, die Kinder würden gerettet. Er habe ferner erklärt, er habe mehr, als die anderen glaubten, er habe 8 Handgranaten. Als er davon gesprochen habe, er werde schießen, wenn sie heraussprängen, habe er nach der Gesäßtasche gegriffen. Sie habe schon geglaubt, er werde eine Waffe ziehen, jedoch habe er eine entkorkte Flasche mit Likör herausgezogen, habe davon getrunken und auch ihr eingeschenkt. Sie habe ihm die Flasche weggenommen. Er sei damit einverstanden gewesen und bald darauf, gegen 22.30 Uhr, mit seinem

Fahrrad fortgefahren. Der Ehemann, der Arbeiter Oskar K. sagte dazu aus: Spieter schulde ihnen noch RM. 7.—. Das Geld sei ihm gegeben worden, weil er erklärt habe, er habe kein Geld zum Leben.

Nelda Sch. gab an: Sie habe am 5. 11. um 23.15 Uhr abends gegenüber dem Sägewerk des L. beobachtet, wie ein Mann mit dem Fahrrad zum Werk heruntergegangen sei. Der Mann habe sein Rad geschoben. Kurz darauf habe sie im Werk Geräusche gehört. Sie habe nicht den Eindruck gehabt, daß der Mann sichtbar betrunken gewesen sei.

Der Amtsarzt untersuchte Spieter während der Strafhaft. Spieter gab an, seit dem Unfall im Jahre 1931 dauernd Schmerzen im Hinterkopf zu haben. Nach der Einnahme von geringen Mengen Alkohols bemerke er oft, daß er aufgeregt sei, oft habe er auch mehr vertragen können. In seinen Rauschzuständen habe er oft gestritten und Schlägereien gehabt.

Somit stand es fest, daß Spieter der Täter war, daß er, sei es überhaupt, sei es im besonderen erst nach seiner Hirnverletzung, zum Trunke neigte, und daß er die Tat unter dem Einfluß des Alkohols begangen hatte. Dagegen blieb offen, welchen Grades und welcher Art der Rausch des Spieter gewesen war, und ob verständliche Motive bei der Tat ausschlaggebend gewesen waren oder wenigstens mitgewirkt hatten. Spieter wurde daher zur Begutachtung der Heil- und Pflegeanstalt Hildburghausen zugewiesen. Zunächst wurden objektive Angaben über das erlittene Kopftrauma eingeholt.

4. Die Hirnverletzung des Spieter

Aus dem Krankenblatt des Städtischen Krankenhauses Kaiserslautern ergab sich:

Aufenthalt vom 2. bis 24. März 1932. Diagnose: Schädelimpression, Trepanation.

Am 9. Januar 1931 Unfall: Sturz eines schweren Astes auf den Kopf, eine halbe Stunde bewußtlos, kein Erbrechen. Am nächsten Tage wieder gearbeitet. In den letzten Tagen zunehmende Kopfschmerzen.

Befund: Guter Allgemeinzustand. Talergroße Impression des linken Scheitelbeins, keine äußere Wunde. Pupillen reagieren auf Licht und Konvergenz. Innere Organe und Nervensystem ohne abweichenden Befund. Daraufhin Operation am 3. März.

Trepanation im Bereich der impressionierten Stelle. Die harte Hirnhaut ist nicht verletzt, jedoch an einer Stelle blaurötlich verfärbt und durch Granulation verdickt. Spaltung der Dura. Hirnrinde o. B. Kein Abszeß. Naht der Dura und Zusammensetzung des entfernten Knochenstückes, Hautnaht. Noch drei Wochen nach der Operation bei längerem Aufstehen und Bücken Schwindelfgeühl. Mit 14 Tagen Schonung entlassen.

5. Die Angaben des Spieter in der Anstalt

Bei der Untersuchung des Spieter wurde Wert darauf gelegt, ihn möglichst eingehend zu befragen. Die Anwendung

dieses einfachen, freilich Erfahrung und Einfühlung voraussetzenden klassischen Hilfsmittels bei der Aufdeckung der tatsächlichen Vorgänge und der Erfassung der Persönlichkeit, ihrer Einstellung zu sich selbst, zur Umwelt und zu den Werten des Lebens sollte selbstverständlich sein. Es wird jedoch, wie es scheint, gerade auch bei organischen Fällen heute mancherorts vernachlässigt. Dabei ist es durch nichts zu ersetzen und unter Umständen schwierigeren und umständlicheren Methoden bei richtiger Anwendung überlegen. *Pohlisch* hat 1938 in seinem Epilepsiereferat ebenfalls nachdrücklich darauf hingewiesen.

Spieter meint im Beginn der ersten Besprechung spontan: „Das ist ja alles Quatsch, das muß jeder vernünftig Denkende sagen, daß ich keine Brandstiftung...“(?) „weil ich mit dem L. gar nichts hab.“

a. Über die allgemeine Vorgeschichte

Vater unbestraft, Steinhauer, mit 52 Jahren an einer Staublungenkrankheit gestorben. Mutter 58jährig, lebe. Er sei der Jüngste von vier Brüdern, einer davon sei 20jährig an einer Eiterung gestorben.

Von Nervenleiden, Geistesstörungen, Anfallsleiden, Anstaltsaufenthalten oder Bestrafungen in der Familie sei ihm nichts bekannt.

Bei den Eltern aufgewachsen; der Vater sei sehr fleißig gewesen, habe ein schönes Haus hingestellt, sei im Weltkrieg Unteroffizier gewesen. Als Kleinkind nicht krank. In der Schule einmal sitzen geblieben. Er sei immer „temperamentvoll“ gewesen. Auch während der Schulzeit keine ernsteren Krankheiten. Nach der Schulentlassung in der Zimmermannslehre. Der Meister, Wilhelm W., habe 6—7 Gesellen beschäftigt, bis zur Zeit der großen Arbeitslosigkeit. Wann er dort angefangen habe, wisse er nicht mehr so genau. (Wann kamen Sie aus der Schule?) „Großer Gott, finde ich mich denn überhaupt nicht mehr zurecht?“ (Rechnen Sie es sich doch einmal aus!) Er könne es nicht sagen, jedenfalls sei er 1928 oder 1929 in die Lehre gekommen. Wegen der Arbeitslosigkeit habe er keine Prüfung gemacht. Seine $3^1/_2$ Jahre Lehrzeit seien nicht ganz voll gewesen. Dann in verschiedenen Stellungen als Geselle (macht darüber nähere Angaben). Im August 1934 sei er, da er keine Arbeit mehr finden konnte, auf Wanderschaft gegangen, nach Koblenz, dann herunter ins Badische; dort Blinddarmoperation. Dann weiter gewandert nach Bayern. Im Jahre 1935 ein halbes Jahr beim Freiwilligen Arbeitsdienst. Dort sei er nicht bestraft worden, auch habe er keinen Krach mit Vorgesetzten gehabt. Darauf weiterhin auf Wanderschaft in Bayern, bis nach Hof, und dann ins Thüringische, weiter nach Westfalen, zeitweilig als Zeltarbeiter beim Zirkus Krone, schließlich nach Thüringen. zurück. Bei der Firma L. habe er vom 15. 2. 1937 bis März 1938 gearbeitet „Ich hab ja dort Unmenschliches geleistet bei dem L., ich habe allein Holz ausgemessen, zugeschnitten, an die Gatter geschafft.“(?) „Sonst hat er immer dazu 3 bis 4 Mann gehabt“ (Und trotzdem hat er Sie gehen lassen?) „Wenn ich geh, da geh ich halt!“ (?) „Wenn man auf Wanderschaft ist, da läßt man sich doch nicht halten“. Er habe bei L. den Höchstlohn verdient und habe auch Überstunden gemacht. „Was soll der Zimmermann mit seinem Geld machen? Draußen in der Welt verlebt! Sie wissen doch, wenn man

draußen ist, braucht man doch viel Geld, Logis bezahlen, Durst hat man auch immer." Nach dem Ausscheiden bei L. habe er in M. bei dem W. Arbeit gefunden.

Ernsthaft krank sei er noch nicht gewesen. Doch sei ihm einmal im Winter ein Ast auf den Kopf gefallen, so um 1928 oder 1929 oder 1930 herum. (Wann war es genau?) „Glauben Sie, ich bin in der letzten Zeit immer verwirrt (schwerbesinnlich), war ich sonst nie gewesen." (Sucht sich zu besinnen.) Sie hätten bei H. im Kellereiwald Bäume gefällt, bei der Espensteigermühle, im Winter, morgens. Der Baum habe schon gelegen, ein Ast sei hängen geblieben. Er habe sich bücken wollen, um etwas aufzuheben, auf einmal habe er den Ast auf den Kopf bekommen. Sonst wisse er nichts weiter. Er sei bewußtlos gewesen. Man habe ihn in die Häuser heruntergetragen, und beim Erwachen habe er in der Espensteigermühle gelegen, wie lange wisse er nicht. Er sei zu Fuß nach Haus, zwei Kilometer weit, habe dort im Bett gelegen, in Behandlung des Dr. P. Zunächst habe sich eine starke Geschwulst auf dem Kopf gezeigt (zeigt die linke Scheitelgegend), später sei er aufgestanden, sei selbst nach Kaiserslautern hinein. Er habe dauernd Kopfschmerzen und Schwindel gehabt und habe ins Krankenhaus gemußt. (Erbrechen nach dem Unfall?) „Feste sogar". Die Operation habe ein paar Wochen nach dem Unfall stattgefunden, doch ist Spieter bei dieser Angabe unsicher, er wisse nicht mehr so genau darüber Bescheid. Er habe wohl bald ein halbes Jahr ausgesetzt. (Hatten Sie damals noch Beschwerden?) Er habe seitdem dauernd Beschwerden (laut und mit Überzeugung ausgestoßen). Ihm sei dauernd schwindlig, auch habe er dauernd Luminaletten genommen. Wenn es anderes Wetter gebe, dann „fusele" ihm auf einmal alles vor den Augen, „so richtig tatterich, ängstlich". „Wenn ich krank feiern wollte, hätte ich schon mehr wie einmal zum Arzt gehen können, aber vor einer Operation habe ich einen heillosen Respekt." Keine Lähmungserscheinungen, kein Doppeltsehen. „Wenn ich dann lesen wollte, ausgeschlossen! Heut früh, bei dem Wetter, hab ich öfters probiert. Ich kann nicht fortfahren, da seh ich nur einen Strich. Das kommt so plötzlich, manchmal, als wenn eine Nadel oben hineinstechen täte, auch wenn schön Wetter ist." Beim Einschlafen zucke er manchmal „mit den Nerven", das habe er früher nicht gehabt. Spieter macht dies auf Verlangen vor, er fährt dabei mit dem ganzen Körper ruckartig zusammen. (Stimmung?) „Das kommt ja öfters ... man fühlt sich nicht ... ich wollte mir schon das Leben nehmen, mein Leben ist nicht wie davor." (?) „Weils nichts Richtiges mit mir mehr ist. Ganze Leben ist nichts mehr." (Selbstmordversuch?) „Wenn die nicht dazugekommen wären, da ... " (seufzt tief auf). „Voriges Jahr, nein dies Jahr." (?) „Pfingsten." (Erzählen Sie davon!) „Was soll ich da erzählen, es hat ja keinen Zweck (die Stimmung schlägt plötzlich ins Traurige, Weinerliche um), da erklären sie einen zuletzt noch ganz und gar als verrückt... ich wollte mir die Pulsader durchschneiden mit dem Rasiermesser, am linken Arm, zu Haus in meinem Logis, bei E. (dabei kommen ihm die Tränen). In den letzten Jahren habe ich überhaupt keine richtige Stimmung mehr," (Sie waren doch eben noch vergnügt!) „Na ja, im Suff. Ich saufe manchmal, daß mir die ganzen Grillen vergangen sind." (?) Er habe es nur einmal mit dem Rasiermesser versucht. (Würden Sie es heute nochmals tun?) „Jawohl, wenn ich ins Zuchthaus käme, sowieso," „Ich will Ihnen das eine sagen, kein Glück hab ich doch nicht mehr auf der Welt. Ich bin ja bloß ein halber Mensch. Die Schulter (zeigt auf die

rechte Schulter) ist ganz kaputt vom schweren Heben und dann bekommt man noch keinen Dank vom Meister. Heute kann ich rechts kaum noch 30 Pfd. tragen. Links trage ich noch 4 bis 5 Zentner." Die rechte Schulter schmerze immer, wenn er etwas darauf trage. Es sei „kein direkter Schmerz", nur fühle er sich „so bedrückt im Körper drinnen", früher nicht (zeigt dabei unter die rechte Achsel). (Manchmal Gedanken, als ob alles wertlos sei?) „Die hat man ja öfters." (Aber Sie können doch auch vergnügt sein?) „Was Sie vergnügt nennen (ironisch), wenn das einer vergnügt nennt, dann weiß ich nicht mehr... im Suff."

(Auf nochmalige Frage nach dem Selbstmordversuch mit dem Rasiermesser): Das sei schon länger her, so genau wisse er das nicht mehr. „Die (E.s) waren doch gleich dabei, die waren doch gleich dazugekommen." „Das eine will ich Ihnen sagen, ich bin nämlich schwer in die Sauferei hineingeraten, und da hab ich gedacht, daß es keinen Wert mehr hat, daß ich noch weiter lebe." (Betrunken?) „Tag zuvor." (?) „Ach, das kann ich Ihnen ... wenn Sie wissen, wie das ist, wenn einer gerne trinkt. Ich konnte nicht mehr warten bis Feierabend war, bis es Geld gab, um zu trinken. Ich weiß nicht, was das in mir war... ich bin überhaupt kein Mensch mehr in der letzten Zeit, die Sauferei und alles, wie es halt ist. Das ganze Ding macht mir keinen Spaß mehr." (Schwere der Selbstverletzung?) „Ich hab da bloß ein Ritzel rein, so schlimm war es ja nicht."

Spieter fragt darauf spontan, wie lange er noch bleiben müsse. Auf den Einwurf, daß erst die jetzt schwebende Sache ganz erledigt werden müsse, beginnt er vorwurfsvoll und gereizt zu erklären, das Arbeitsamt wolle ihn nicht loslassen, die machten ihm nur „Wippchen" vor. Das sei das Traurige, das „Unmenschliche", daß die keinen Menschen freilassen wollten. (Steht vor Erregung auf.) Er würde sich sogar melden, wenn es gegen die Tschechei losginge. Er sei immer als deutscher Mann dagestanden, für ihn habe das Leben gar keinen Zweck mehr. (Steht mit gereizt-gespanntem, gerötetem Gesicht da, Hände in den Hosentaschen, Beine etwas gespreizt.) (Haben Sie einmal Rente für den Unfall bekommen oder beantragt?) „Solange ich es nicht brauch', verzichte ich darauf. Ich kann ja noch arbeiten. Es gibt andere die es bedürftiger sind."

(Sind Sie in der Trunkenheit leicht gereizt?) „Ich bin so überhaupt aufgeregt; wenn mir einer dummkommt, hau ich gleich drauf." (Schon immer?) „Das ist erst Stücker drei Jahre, daß ich immer so aufgeregt bin." „Wenn mich einer ärgert, fang ich gleich an zu schimpfen und zu fluchen und zu hadern. Schlägerei hab ich so noch keine gehabt." (?) „Wenn man rauft, beim L. mal, da war einer von Me., ein Sägeschärfer. Ich hatte frisch angefangen zu arbeiten, und der wollt... wie das genau war, weiß ich auch nicht mehr genau, der hat zur Frau gesagt, ich wäre nicht lange da, ich ging wieder auf Wanderschaft. Ich hab das wieder erfahren, weiß nicht durch wen, in der Mittagsstunde, hab nichts gegessen vor Ärger und bin dann an ihn gerückt, hab ihn in die Fresse gepocht. Wenn er sich's nicht hätte gefallen lassen, hätte er mehr gekriegt. Mit dem Hammer ist er gegen mich, er hat sich aber nicht getraut zuzuschlagen." (Haben Sie ihn verletzt?) „Er ist gleich losgerannt, ich weiß nicht, hat er geblutet oder nicht, so schlimm wird es nicht gewesen sein. Der Chef ist dann gleich mit ihm gekommen, wir sollen uns einigen. Hab ich gesagt, wenn ich nichts mehr höre... Ich bin leicht bös, bin auch gleich wieder gut, sind halt Momente halt." (Können Sie sich nicht

zurückhalten?) „Schlecht. Da bin ich nicht Herr über mich." (Und früher?) „Rauferei und so hab ich überhaupt nicht gekannt."

Er trinke etwa seit 1934, seit er in der Fremde sei. Die Reizbarkeit habe er erst seit 3 Jahren (Früher?) „Was glauben Sie, man konnte mich um den Finger wickeln, bis mich mal was gereizt hat." (Und jetzt?) „Weiß der Deibel, wie das kam, seit 3 Jahren."

Er rauche viel, Zigarren, vor allem aber Zigaretten, zuletzt täglich 8 Schachteln zu je 6 Stück. Eine ungünstige Wirkung des Rauchens auf seinen Zustand habe er bisher nicht bemerkt.

Beziehungen zu Frauen: „Ach, Weiber hab ich so viele gehabt, immer eine andere, wie die jungen Kerle halt sind." (Auch einmal längere Beziehungen zu einem Mädchen?) „Ja, die wo ich jetzt hab ... ich trau mir gar nicht mehr zu schreiben. Da wär ich für fest geblieben, die ist in H., wo ich her bin." Sie hätten zusammen die Schule besucht. Er sei mit ihr versprochen, seit dem März, seit er zu Hause gewesen sei. Er habe sich schon früher für sie interessiert, sie lebe bei ihrer Mutter. (Und hier?) Spieter lacht dazu und meint: „Das sind doch meine Sachen, so nebenher interessiert einen schon mal was, Sie sind doch auch jung gewesen." Eine wesentliche Änderung des Sexualtriebes habe er nicht bemerkt, weder eine Verstärkung noch eine Abschwächung, der Trieb sei höchstens etwas stärker geworden, aber das hänge wohl mit dem Lebensalter zusammen. Geschlechtskrank sei er nicht gewesen.

Schließlich gibt Spieter noch an: Er sei früher auf dem Bau ganz sicher gewesen. „Früher bin ich (auf den Arbeitsplatz oben auf dem Bau) hingerannt." Wenn er jetzt aber auf den Bau solle, so sei er unsicher; wenns in die Höhe gehe, habe er jetzt Angst. Seitdem ihm 1929 oder 1930 ein Ast auf den Kopf gefallen sei, habe er oft Kopfschmerzen. Gelegentlich falle ihm das Denken schwer.

b. Über die mit der Strafttat zusammenhängenden Ereignisse

Er habe an dem Sonnabend bis 12½ Uhr gearbeitet. Zum Frühstück habe er drei Flaschen Bier getrunken. Mittags sei er in die Wirtschaft und habe die ganze Zeit bis abends „gesoffen". (Wer war dabei?) „Wie heißt der nun wieder, der ... da sind zwei (Besitzer des Doppelhauses, an dessen Bau Spieter half), der eine heißt Sch., war nicht dabei, vielmehr kam später dazu ... am Bahnhof". Sie hätten Bier getrunken, wieviel wisse er nicht, später auch „Maß" (Umtrunk). Gegessen habe er erst abends, nur eine Bratwurst. Genau wisse er das auch nicht mehr. „Sie (zum Arzt) werden nicht so viel Bier trinken" (lacht dabei). (Wie lange haben Sie dort gesessen?) „Ich weiß nicht, wie spät das war, dann bin ich an den Bau ... jetzt kommt mir's wieder, R. heißt er (der andere Hausherr), hab den R. sein Rad genommen, das wollte ich eigentlich kaufen, hab eine Flasche Likör mitgenommen, von der Wirtschaft." (Preis?) „Weiß ich nicht mehr, 4 Mark oder 5 Mark. Ich kann es tatsächlich nicht sagen." (Alkoholmarke?) „Das weiß ich nicht."(?) „Ich trink Nordhäuser immer, aber das war kein Nordhäuser, das war besserer Likör. Dann mit dem Rad nach W., 4 bis 5 km ungefähr, zu E., wo ich gewohnt hab'." (Was wollten Sie dort?) „Meine Logiswirtin wieder aufsuchen." (Beziehungen zu der Frau?) „Zu dem Mann auch. Ich hab dort immer fest mitgearbeitet, Landwirtschaft und alles..." (Wann zu E.?) „Ich weiß überhaupt nicht, wieviel Uhr das war." (Wo wohnen E.s?) „Die wohnen in der Dingsstraße, ... der Ruprechtstraße heißt sie." (Wen haben Sie angetroffen?)

„Alle miteinander. Wie ich hingekommen bin, das weiß ich, aber was wir mit einander gesprochen haben usw. da weiß ich gar nichts und wie ich weg bin.“ (Wohin sind Sie dann?) „Das weiß ich doch nicht, das kann ich selbst aucht nicht begreifen, das weiß ich nicht, bestimmt nicht.“ (Haben Sie noch jemand besucht?) „Das weiß ich nicht. Ich besinne mich schon so lange, ich kann mich auf nichts erinnern.“ (Auf was können Sie sich danach wieder besinnen?) „Früh, wo ich wach geworden bin, im Sägewerk.“ (Wo waren Sie da?) „Beim L., an der kombinierten Hobelmaschine. Da bin ich wach geworden und hab ein Streichholz angezündet, wußt' gar nicht, wo ich war.“ (Waren Sie in Kleidern?) „Freilich; hab' ich Streichholz angezündet, hab' ich beobachtet, neben mir, da war ein bissel angekohlt.“ (Bretter, Balken, Späne oder was?) „Späne werden das gewesen sein, das hab ich nicht so genau angeguckt. Ich dachte, daß ich geraucht hatte im Suff, und daß vielleicht was passiert war dabei. Dann bin ich nach Haus, auf der Straße. Da ist so eine Schiebetür, durch die bin ich auf dem Rückweg durch.“ (?) „Was die von der Kriminalpolizei gesagt haben, da weiß ich nichts davon.“ (?) „Es wäre drin (im Büro, vom Täter) gesucht worden.“ Er habe sich in seinem Zimmer ins Bett gelegt, dann habe er nach dem Aufstehen am Sonntag morgen noch die eine Tür (im Bau) schmäler gemacht, und dann sei er wieder nach Hause. (Konnten Sie denn abends im Dunkeln von M. nach W. fahren?) „Das ist doch eine schöne Straße...“ (?) „Den Tag hab ich bald zehn Mark ausgegeben, den Sonnabend, vom Lohn.“ (?) „Ich hab mein Geld immer aufgebraucht.“ (Geborgt?) „Das ist auch vorgekommen.“ (Schulden?) „Nein“ (?) „Bei einem hab ich noch Schulden, sieben Mark denke ich ... wie heißt der wieder schnell, K. in W.“

c. Über frühere Rauschzustände

Ähnliches sei ihm schon manchmal passiert. „Da war ich mal im Zirkus in Me., da hab ich auch Schnaps getrunken gehabt, da wußte ich auch nicht ... Neben dem Abort (daheim) hab ich gelegen gehabt, bei der Ida K. (Vermieterin). (Wie sind Sie damals von Me. zurückgekommen?) „Das weiß ich nicht.“ (Wo haben Sie den Schnaps getrunken?) „In D.“ (auf dem Rückweg). (Wie kamen Sie von dort nach W.?) „Das weiß ich nicht. — Das will ich genau erzählen. Ich wollte in den Zirkus, blieb in der Wirtschaft und habe ein paar getrunken, am Marktplatz. Bin dann nicht in den Zirkus. Abends gegen acht bin ich nach Haus, ach nein, das war noch keine acht, in D. war es erst um acht, um sieben sowas weg, mit dem Rad gefahren.“ In D. habe er dann den Schnaps getrunken. Er wisse nicht mehr wieviel. Er wisse auch nicht mehr, wie er von D. nach W. gekommen sei. „Die haben mich ins Bett geschafft, den andern Tag haben sie mir's erzählt, den Tag soll ich auch vorn bei E.s gewesen sein, den Abend, und eine Flasche Schnaps soll ich auch mitgebracht haben, das haben sie mir später erzählt, ich wußte gar nichts mehr.“ Er wisse nicht, ob er damals erbrochen oder sich die Kleider beschmutzt habe. Er müsse wohl am Abort zusammengebrochen sein. Das sei an einem Sonnabend abend gewesen. (Wann?) „Dieses Jahr ... den Datum hab ich noch nie... nein, voriges Jahr. Die Ida K. ist ja voriges Jahr im November schon gestorben.“ (Und Sie sind dann früh im Bett aufgewacht?) „Ja; bissel geschimpft hat sie noch, die Frau da.“

Ein anderes Mal sei es ihm ähnlich gegangen, als die Lauschaer Sänger im Ort gewesen seien, auch da habe er ziemlich viel in W. getrunken; es sei im vergangenen Winter gewesen, auch Sonnabends, und er habe auch Schnaps getrunken gehabt. „Da habe ich auch Mittag schon getrunken, hab mich abends umgezogen, bin dahin, wo die Sänger waren, dann vor in die Wirtschaft und da haben wir gesoffen dann. Da weiß ich nicht, wie spät das war. Da soll ich Geld weggeschmissen haben. Ich weiß auch nicht, wie das war, der Erich L., der hat es selbst zusammengelesen, das war auch schon länger passiert. Da habe ich, glaube ich, nachts bei einem Mensch geschlafen, Franziska . . . wie heißt sie noch, eine junge Witfrau." (Haben Sie was mit ihr gehabt?) „Das weiß ich nicht, aber später mal. (Auch intime Beziehungen?) „Freilich!" (Haben Sie das weggeworfene Geld wieder bekommen?) „Hat er's mir abends oder die Nacht oder erst am andern Morgen gegeben, das kann ich tatsächlich nicht sagen."

Es sei ihm auch schon einmal noch früher auf seiner Wanderschaft ein ähnlicher Fall passiert. Er habe in V. (in Süddeutschland) gearbeitet und habe von dort aus in der Umgebung einen Arbeitskameraden aufgesucht. Damals habe er etwa 3 Glas Bier getrunken gehabt. Er habe dann mit dem Zug nach V. zurückfahren wollen; er habe das Bestreben gehabt, an den Bahnhof zu gehen. Als er aber wieder zu sich gekommen sei, habe er vor dem Bahnübergang in V. gestanden. Er sei in V. genau bekannt gewesen, da er in der Nähe des Bahnhofes Arbeit gehabt habe. Offenbar sei er plan- und ziellos umhergelaufen und sei nach V. zu Fuß zurückgekommen.

6. Der körperliche Befund (auszugsweise)

Ausgesprochen athletisch gebauter, sehr muskelkräftiger, ausreichend genährter Mann von 1,75 m Größe. Lidspalten verhältnismäßig klein, Gesichtsausdruck derb.

Die Augen liegen etwas tief, Augenbrauen und Augenbrauenwülste sind kräftig entwickelt, die Unterlippe ist betont.

Kopfumfang 54 cm. Auf dem linken Scheitelbein 9 cm über dem Ohransatz, etwa 4 cm nach hinten gelegen, eine Narbe mit Knochendefekt, winklig, etwa 5 cm lang. Keine Druckempfindlichkeit, dagegen bei Beklopfen der linken Schädelhälfte, insbesondere in der Nähe der Narbe, etwas Schmerzempfindung („es schüttelt halt; dahier tut es weh").

Röntgenaufnahme des Schädels: In der Gegend des linken Scheitelbeins insgesamt dreimarkstück-großer unregelmäßig begrenzter Knochendefekt, obere Grenze bei der Frontalaufnahme etwa 3 cm von der Mittellinie entfernt.

Linke Lidspalte gelegentlich eine Spur weiter. Augenbewegungen frei. Die linke Pupille eine Spur weiter als die rechte, während rechts die Lichtreaktion nicht ganz so prompt ist. Bei Prüfung der Lichtreaktion wiederholt Taumeln. (Spieter gibt an, ihm werde plötzlich schwindelig, er müsse sich setzen; dabei ganz undemonstratives Gebaren.)

Willkürliche und mimische Innervation des Gesichtsnerven ohne deutliche Differenz. Chvostekreflex negativ.

Das Zäpfchen hängt stark nach links, der Rachen ist erheblich gerötet, der weiche Gaumen hebt sich gleichmäßig. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, kein Zittern.

Schilddrüse nicht vergrößert.

An Herz, Lunge und Leib kein krankhafter Befund.

Kräftig entwickelter Thorax, gute Entwicklung der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale.

Physiologische Reflexe an Armen, Bauchdecken und Beinen seitengleich, normal stark.

Beim Gehen mit geschlossenen Augen (kleinschrittig, vorsichtig) konstant Abweichung nach links. Kniehackenversuch normal. Beim Fingernasenversuch dagegen regelmäßig links leichtes Vorbeizeigen. Bei passiven Bewegungen der Großzehe rechts richtige Angaben, während links die seitliche Bewegung als „nach unten" bezeichnet wird. Beim Stimmgabelversuch wird die Knochenleitung links deutlich stärker als rechts gespürt.

Beim Baranyischen Zeigeversuch wird links regelmäßig sowohl senkrecht wie wagerecht vorbeigezeigt. Beim Rombergversuch stets Fallneigung nach hinten. „Ich weiß nicht, was das ist, ich komme jedesmal zurück." Beim Stehen mit geschlossenen Füßen bei offenen Augen keine Fallneigung. Von den vorgestreckten Armen weicht der linke bei extremer Kopfdrehung nach links mit geschlossenen Augen nach außen ab.

Erhebliche Fußschweißbildung.

Luesreaktionen im Blut negativ.

Liquorbefund: Nach Lumbalpunktion Entleerung klaren Liquors, tropfenweise. $^{8}/_{3}$ Zellen, Reaktionen nach Pandy: Hauch, nach Nonne und Weichbrodt negativ, normale Mastixkurve.

7. Der allgemeine psychische Befund und das Verhalten auf der Abteilung

Spieter war zeitlich, örtlich und über seine Person hinreichend orientiert. Wahnideen oder Sinnestäuschungen fanden sich nicht, auch war das Bewußtsein nicht krankhaft verändert. Spieter war von etwa durchschnittlicher Intelligenz.

Spieter bemühte sich, richtig Auskunft zu geben; dabei konnte er sich wiederholt an einzelne Namen oder Daten auffallend schlecht erinnern. (Die Störung wirkte organisch und nicht psychogen.) Später fielen ihm gelegentlich die Namen oder Daten wieder ein. Wo er keine Angaben machen wollte, sagte er dies, z. B. bei Fragen nach seinem Sexualleben. Während Spieter sich an weiter zurückliegende Ereignisse verhältnismäßig gut erinnern konnte, schienen die Erinnerung an die Ereignisse der letzten Jahre und auch seine Merkfähigkeit nachgelassen zu haben. Auch vermochte er sich im Gespräch oft nicht genügend zu konzentrieren, seine Aufmerksamkeitsspannung sank öfters ab, bis er sich dann wieder gesammelt hatte. Absenceähnliche Erscheinungen wurden nicht beobachtet. Insgesamt wirkte die Persönlichkeit des Spieter derb, den realen Genüssen des Lebens sehr zugewandt, undifferenziert, dabei mit einem Zug von Biederkeit.

Auffallend war die Affektivität des Spieter. Während er sich zeitweilig in einer guten Mittellage befand, ja leicht euphorisch schien, zu einem Scherz geneigt, leicht distanzlos, auch gerne einmal bei den Besprechungen lachte, trat andererseits bei den Explorationen und noch mehr auf der Abteilung, zuweilen in plötzlichem Umschlag, eine gereizte und querulatorische Art hervor, und ebenso konnte man Spieter durch entsprechende Führung des Gespräches oder bei Berührung bestimmter Themen plötzlich rühren und zum Weinen bringen, wobei er spontan Lebensüberdruß und sogar Selbstmordabsichten äußerte. Auch diese Affektlabilität mit plötzlichem Stimmungs-

wechsel und einer gereizten, mürrischen, unzufriedenen, querulatorischen, sogar zu aktivem Vorgehen geneigten Grundnote wirkte organisch.

Spieter hatte selbst ein gewisses Empfinden für die Veränderungen seiner Persönlichkeit. Er brachte es gelegentlich mit den Folgen seines Unfalles in Zusammenhang, gab allerdings an, daß er erst seit etwa 3 Jahren so sei. Seitdem wisse er manchmal nicht, was mit ihm los sei, seitdem habe er auch stärkere Beschwerden.

Auch auf wiederholte Fragen nach der Straftat erklärte Spieter immer wieder glaubhaft, daß er sich „einfach an nichts erinnern" könne, daß er auch mit dem L. gar nichts habe, daß er die Schande einer Freiheitsstrafe nicht überleben werde u. ä. Eine paranoide Einstellung gegen den früheren Arbeitgeber, in dessen Werk die Brandstiftung geschehen war, fand sich nicht (s. a. die erste Aussage des Spieter in der Anstalt).

Formale Denkstörungen ließen sich nicht nachweisen, doch wurde Spieter vielfach weniger von vernünftiger Überlegung als von plötzlich auftretenden Affekten und Impulsen in seinen Anschauungen und Handlungen gesteuert. Oft hatten Äußerungen und Verhalten etwas Hemmungsloses. Auch die Motorik war wenig gegliedert, derb, die gestischen Bewegungen etwas ausfahrend und grob, die Stimme gelegentlich laut, vorwurfsvoll.

Im Gegensatz zu dem zeitweilig geäußerten Lebensüberdruß stand, daß Spieter andererseits sehr von seiner Tüchtigkeit, seiner Leistungsfähigkeit auf beruflichem und sexuellem Gebiet überzeugt war.

Auf der Abteilung: Im Verlauf seines Aufenthaltes auf der Abteilung neigte Spieter wiederholt zu plötzlicher Erregung, wobei er rot im Gesicht wurde. So äußerte er am 21. 12. gereizt, er möchte nur wissen, was man noch alles mit ihm vorhabe, jetzt sperre man ihn noch ins Irrenhaus, weil man ihn verrückt machen wolle. Zunächst war Spieter fleißig und suchte sich überall nützlich zu machen. Fragte er anfangs mehrfach nach der Dauer der Beobachtung — draußen warte viel Arbeit auf ihn —, so äußerte er ein andermal, eine Strafe werde sein ganzes Leben ruinieren, dann solle man ihn lieber fürs ganze Leben einsperren. Jeder Witterungsumschlag mache ihm stark zu schaffen, dann habe er immer ein benommenes Gefühl im Kopf. An solchen Tagen müsse er es unterlassen, auf dem Gerüst zu arbeiten, sonst würde er abstürzen. Als ihm sein Verlangen, im Baderaum eine Zigarette zu rauchen, abgeschlagen worden war, wurde er sichtlich erregt: Hier sei es schlimmer als im Zuchthaus. Er war sehr verstimmt und nahm erst nachmittags die Tätigkeit wieder auf. Am 28. 12. war Spieter bereits nach dem Aufstehen verstimmt, lief auf der Abteilung umher, klagte über Kopfschmerzen, versuchte später in erregtem Tone die Vorzüge des Gefängnisses gegenüber einer Anstalt zu erklären, geriet mit einem anderen Kranken in erregten Wortwechsel, drohte, diesen mit einem Schlag zu Boden zu strecken. (Der Kranke hatte geäußert, er müsse mit Leuten aus dem Gefängnis an einem Tisch essen.) Auch am 29. 12. drängte Spieter dauernd darauf, während der Arbeitszeit rauchen zu dürfen. Am 31. 12. klagte Spieter anläßlich der Röntgenaufnahme über Schwindelgefühle, die er auf die ungünstigen Witterungsverhältnisse zurückführte. Am 1. 1. 39 äußerte er Selbstmordabsichten: In 3 Tagen lebe er nicht mehr, das stehe für ihn fest. Eine Strafe komme für ihn nicht in Frage, dann nehme er sich lieber das Leben. Auch am 2. 1. 39 war er gereizter Stimmung, lief wieder mit finsterem Gesichtsausdruck umher. Am 3. 1. klagte er über Kopfschmerzen. Obwohl ihm wiederholt gesagt worden war, er dürfe in der Küche der Abteilung nicht mitarbeiten und werde



auch nicht (wie er wünschte) zum Besorgen der Wege herangezogen, versuchte Spieter das immer wieder unter Beeinflussung junger Pfleger zu erreichen. Auf entsprechende Zurechtweisung wurde er sichtlich erregt und drohte mit Einstellung jeder Tätigkeit. Auch am 4. 1. 39 war er darüber sehr erregt, querulierte längere Zeit auf der Abteilung herum, legte sich schließlich verstimmt ins Bett. Am 5. 1. 39 versuchte er, von anderen Kranken Rauchwaren zu erhalten und kam dabei mit einem Kranken in erregten Wortwechsel. Dem Oberpfleger gegenüber erklärte er: Wenn es nun nicht anders mit ihm werde, da könne man etwas erleben; die trockene Luft und die Leute hier machten ihn verrückt, das müsse unbedingt einmal anders werden. Auf die Frage, was nun anders werden solle: Er hänge sich nun bald auf. Am 6. 1. war er wieder etwas ausgeglichener, er arbeitete fleißig. Beim Aufstehen erklärte er, daß er nachts plötzlich, als er aufgewacht sei, am Klosett gestanden habe, er habe aber weder Stuhl- noch Harndrang gehabt, er könne sich nicht erinnern, wie er ans Klosett gekommen sei. Am 8. 1. verlangte er sofort eine Rücksprache mit dem Direktor. Er wolle einen Brief an den Führer schreiben, es gehe nicht an, ihn hier festzuhalten und in ein Irrenhaus einzusperren. Bei den Visiten brachte er belanglose Beschwerden über die Pfleger an: Das Personal glaube wohl, mit einem kranken und gefangenen Menschen alles machen zu können. Er versuchte unter Vorwänden von anderen Kranken Tabak zu betteln. Am 7. 1. saß Spieter zeitweise im Sessel, nahm plötzlich den Kopf von einer Seite auf die andere, fuhr hoch und äußerte, er habe geglaubt, der Friseur sei dagewesen und wolle ihn frisieren.

Besonders aufschlußreich war der Alkoholtoleranzversuch, der am 11. 1. 39 mit Spieter vorgenommen wurde.

8. Alkoholversuch (Niederschrift)

Die Stimmung vor dem Versuch war gedrückt. Spieter klagte über Schwindelgefühl und Kopfschmerzen, legte sich mit dem Kopf auf die Tischplatte und meinte, an solchen Tagen könne er wenig Alkohol vertragen.

Auf das Abendbrot verzichtete Spieter mit der Bemerkung, wenn er Alkohol habe, dann brauche er 4 Tage nichts zu essen. Es sei eine richtige Sucht bei ihm, wenn er einmal getrunken habe, weiterzutrinken; dann sei alles andere Nebensache.

Die Alkoholaufnahme begann um 17.30 Uhr in einem Nebenraum (Zwei-Betten-Zimmer) der Abteilung. Es wurden in 1¾ Stunden 5 Flaschen Exportbier (12%ig) und insgesamt 500 g Weinbrand (32%ig) gereicht, die zusammen einer absoluten Alkoholmenge von 460 g entsprachen. Zu jeder Flasche Bier (bzw. danach) wurden etwa 80 g Weinbrand gegeben.

Spieter trank die erste Flasche Bier und zwar aus der Flasche (auf Einschenken verzichtete er grundsätzlich!) in einem Zuge aus. Nach der zweiten Flasche wartete er mit allerlei Kunststückchen auf, hob z. B. einen kräftigen Tisch, an dem 4 Personen speisen können (Gewicht 21 kg), mit den Zähnen, auf dem Bettrand sitzend, an einer Ecke hoch, wobei eine Tischecke glatt wegbrach. Nach der 3. Flasche und der entsprechenden Menge Weinbrand glaubte Spieter noch keinerlei Wirkung zu verspüren, er erklärte lediglich, der Kopfschmerz habe nachgelassen. Bei der 4. Flasche Bier wiederholte Spieter das Aufheben des Tisches mit den Zähnen. Den Arzt, der zu diesem Zeitpunkt zum Versuch hinzukam, redete er, ihn verkennend.

mit Gr. (Oberpfleger, den Spieter wenig leiden mochte) an. Spieter verneinte auch auf wiederholte Fragen, jemals mit dem Arzt eine Besprechung außerhalb der Abteilung gehabt zu haben. Er fragte ironisch, abweisend, dabei etwas humorvoll, was denn „der Gr." hier wolle. Gegen 18.30 Uhr fragte Spieter nach der Uhrzeit. Kurz darauf befragt, wann er mit dem Trinken angefangen habe und wie spät es sei: Er habe um 4 Uhr angefangen und jetzt sei es 5 Uhr. Er sei jetzt bei der 2. Flasche. Spieter wurde nun etwas lebhafter, dazwischen ziemlich gereizt, prahlte mit seiner Stärke, seiner Muskelkraft und seinen sexuellen Leistungen: Er habe schon so viele Mädchen gehabt, da komme „der Gr." gar nicht mit. Wiederholt forderte Spieter auch „den Gr." auf, sich mit ihm zu messen. Als der Pfleger die Tischlampe wegnehmen wollte, war Spieter zunächst gereizt dagegen, nach kurzer Zeit aber wieder dafür. Er lud wiederholt zum Mittrinken ein. Die Bewegungen wurden ausfahrender, das Gesicht war gerötet, der Gang nicht mehr so sicher. Spieter machte jetzt den Eindruck eines erheblich angetrunkenen und aus diesem Grunde kaum berechenbaren Menschen. Bis 19.15 Uhr hatte Spieter 5 Flaschen Bier und 500 g Weinbrand getrunken. Er wurde nun rasch müde, die Sprache wurde lallend, er konnte nicht mehr auf den Beinen stehen, ließ eine brennende Zigarette aus der Hand fallen (zuvor hatte er wiederholt nach Zigaretten verlangt, hatte den Arzt aufgefordert, mit ihm aus der Flasche zu trinken usf.). Spieter fiel jetzt vom Stuhl zu Boden, war nicht mehr zu bewegen aufzustehen, gab auf Ansprache und Anstoßen nur lallende Laute von sich, legte den Kopf auf die Arme und erklärte, er wolle hier bleiben. Gleich darauf äußerte er, daß er ein Bedürfnis habe. Es kam nunmehr zu starkem Erbrechen. Den Pfleger kannte Spieter auch jetzt noch mit Namen.

Spieter lag nun etwa 1/4 Stunde da, wie schwerst berauscht. Dann aber änderten sich der Zustand und das Verhalten des Spieter völlig. Er stieg mit Hilfe des Pflegers auf, setzte sich auf einen Stuhl, war ausgesprochen weinerlicher Stimmung, fragte nach seiner Beerdigung, äußerte Selbstmordgedanken (er wolle sich aufhängen), kannte jetzt den Pfleger nicht mehr. Auf die Frage, wer vorhin noch bei ihm gewesen sei (der Arzt hatte inzwischen vorübergehend den Raum verlassen) erklärte Spieter, Friedrich Schiller sei dagewesen. Der sei ganz weiß gekleidet gewesen, habe weiße Tennishosen (falsch) angehabt und Gedichte vorgelesen.

Dem Spieter wurde nunmehr beiläufig eine Schachtel Streichhölzer gereicht, die er in die Tasche steckte. Bald darauf entnahm er sie der Tasche, versuchte ein Streichholz nach dem anderen zu entzünden. Streichhölzer, die nicht entflammten, warf er unverbraucht zu Boden, entzündete Streichhölzer ließ er halb abgebrannt, noch brennend zu Boden fallen. Darauf warf er die Schachtel noch halb gefüllt zu Boden. Dann hob er Streichhölzer auf, um sich eine Zigarette anzubrennen. Auf die Frage, weshalb er die Streichhölzer auf den Boden geworfen habe, erklärte er aufbrausend: „Ich habe keine Streichhölzer weggeworfen." Danach steckte er sich abermals eine Zigarette an, brannte Streichholz um Streichholz ab, betrachtete aufmerksam sinnend die Flammen. Er meinte, den Schiller habe er „sauber geschlagen"; ob der Pfleger wohl gesehen habe, wie der abgezogen sei, weil er verloren habe. Peng, peng, peng, habe er dem ein paar gegeben, der habe glatt verloren. Es lagen nunmehr 12 Streichhölzer auf dem Boden, 5 davon nicht entzündet. Gegen 20 Uhr nahm Spieter abermals die Streichhölzer aus der Tasche, ließ eines nach dem anderen abbrennen,

schüttelte den Kopf und meinte sinnend, so etwas könne nur er machen, er könne das Feuer bezaubern. Dabei machte er jetzt und auch später über der Flamme mit der Hand kreisende und kreuzartige Bewegungen. Das Feuer zeige nach dem Himmel, es zeige Leben und Tod an, es zeige, wer gewinne und verliere. Als inzwischen wieder der Arzt das Zimmer betreten hatte, bezeichnete Spieter ihn jetzt nicht wieder wie vorhin mit „Gr.", sondern mit Schiller[1]). Er meinte, vorhin habe der eine weiße Hose angehabt, jetzt habe er, weil er im Kampf mit ihm verloren habe, sich einen blauen Anzug angezogen. (Der Arzt trug jetzt keinen weißen Mantel, sondern einen schwarzgrauen Anzug.) „Schiller, Du hast verloren und verlierst wieder. Das Streichholz, das Medium sagt es." Spieter brannte abermals ein Streichholz nach dem anderen ab, schaute sinnend auf die Flamme, nahm das halb abgebrannte Streichholz mit der anderen Hand am heißen Kopf, um es ganz abbrennen zu lassen und suchte aus dem Gelingen oder Nichtgelingen dieses Vorhabens jeweils zu deuten. Er erklärte, er selbst werde noch lange leben, der Schiller werde bald umkommen und zwar durch ein Eisenbahnunglück, Schiller werde auch bei einem weiteren Zweikampf mit ihm glatt verlieren. Er könne mit dem Feuer das Medium herbeizaubern, das sage ihm alles. Das Medium sei ein „Himmelsexemplar". Inzwischen hatte Spieter im ganzen 25 Streichhölzer weggeworfen. Zwischendurch steckt er sich abermals eine Zigarette an, fordert dann den Pfleger auf, diese zu halten (andernfalls würde er sie wahrscheinlich zu Boden haben fallen lassen). Nunmehr lud Spieter den Arzt ein, mit ihm Schorlemorle zu trinken, den Pfleger hielt er für den Wirt, er verlangte von ihm Bier, genoß dann noch einmal etwa 70 g Weinbrand. Wiederholt hatte Spieter während der letzten Zeit in plötzlichen Aufraffungen versucht, aufzustehen und gegen den Arzt tätlich zu werden, hatte sich aber immer wieder beruhigen lassen. Dabei äußerte er wiederholt, ob man denn auch wisse, daß er der gefährliche Spieter sei. Ferner kam es nunmehr zu groben Protzereien in sexueller Hinsicht. Als der Pfleger einmal mit dem Arzt kurz etwas leise sprach, brauste Spieter abermals auf: Was das bedeuten solle, ob man sich wohl über ihn hier verständigt habe u. ä. Plötzlich fuhr Spieter hoch und äußerte sehr erregt, „Schiller" (der anwesende Arzt) habe auf ihn in Suhl oben an der Linde geschossen, weil er ihm sonst nicht habe beikommen können. Er habe 7 Schuß auf ihn abgegeben und ein Schuß habe ihn getroffen (zeigt eine Stelle innen am linken Ellenbogengelenk, versucht dabei mehrfach grob tätlich zu werden). Nach Eintritt des Oberflegers Gr. wurde Spieter erregt, griff diesen brutal an und erklärte, das sei ein Ringkämpfer, dieser Kerl habe hier „nichts verloren", das sei eine Gemeinheit. Plötzlich fragte Spieter dann den Pfleger, ob er von der Kriminalpolizei sei. Er verkannte den Pfleger als Sherlock Holmes, verlangte, daß von der Sache mit dem Schiller sofort ein Protokoll aufgenommen werde, und daß man Schiller wegen versuchten Mordes verhafte. Dabei äußerte er: Er sage folgendes aus, Schiller habe einen sicheren Schuß und habe ihn in den Arm geschossen, weil er im Tenniskampf verloren habe. Schiller habe sich geduckt, aber er habe ihn an der linken Hand erkannt. Spieter glaubte nunmehr, im Amtszimmer der Kriminalpolizei zu sein. Auf

---

[1]) Nach dem zuständigen Melderegister ist in den letzten 4—5 Jahren dort keine Person namens Schiller angemeldet oder abgemeldet worden.

die Aufforderung, bei der Polizei zu schlafen, meinte er, er schlafe nicht im Polzeigebäude; ja, wenn Schiller verhaftet werde, dann bleibe er hier. Wenn hier nicht geschossen werde, dann bleibe er hier. Schiller habe eine Wut auf ihn, der schieße ihn noch tot. Er habe das Medium gefragt, Schiller könne ihn nicht totschießen, wenn er jetzt heimgehe. Auch gegen einen nochmaligen Versuch, ihn ins Bett zu bringen, wehrte sich Spieter mit der Erklärung, er schlafe in der Wirtschaft gegenüber dem Tennisplatz. Spieter glaubte nunmehr, in der ,,Suhler Zentralhalle" zu sein. Auf die Frage, ob er schon einmal den Namen R. (Name des beim Alkoholversuch anwesenden Pflegers) gehört habe, erklärte er, der habe in London und Paris, in Italien Fußball mit ihm gespielt. Spieter wurde jetzt weinerlicher Stimmung, hustete und bemerkt, daß er die Seeluft nicht vertragen könne, er sei eben von London herübergefahren, von dem Schuß habe er hohes Fieber, er müsse wieder erbrechen. Nunmehr glaubte Spieter, von dem verletzten Arm Blut herabfließen zu sehen, fühlte sich von dem vermeintlichen Blutverlust ganz schlapp, bat, das ,,Blut" abzuwaschen und den Arm zu verbinden. Bei Berührung des Armes schrie er vor ,,Schmerzen" laut auf, ließ sich dann den Arm verbinden. Plötzlich erklärte er, von dem Schuß, den er gehört habe, auch einen Splitter ins Bein bekommen zu haben und gab sich erst dann zufrieden, als er auch am Bein verbunden wurde. Nunmehr aus dem Zimmer in den Saal zurückgeführt blickte sich Spieter erstaunt um und erklärte, dies sei wohl ein Krankenhaus, die Leute seien wohl alle geschossen worden. Ins Bett gebracht jammerte Spieter, hatte angeblich große Schmerzen an den Schußwunden, glaubte, sterben zu müssen, verlangte den Arzt zu rufen, der solle ihm den Splitter aus dem Bein entfernen und zur Linderung seiner Schmerzen eine Einspritzung machen.

Gegen 22.45 Uhr erhielt Spieter eine Injektion von 5 ccm Pernokton, worauf er rasch einschlief.

Am folgenden Tage (12. 1.) war Spieter gereizter Stimmung; er fragte den beim Alkoholversuch anwesend gewesenen Pfleger, weshalb er gestern so bald nach Hause gegangen sei, es sei doch so schön gewesen. Schiller aus Suhl sei auch da gewesen. Man habe mit ihm (Spieter) Dummheiten gemacht, denn er habe Arme und Beine verbunden gehabt. Er habe ja auch im vorderen Zimmer 12 Flaschen Bier getrunken. Sonst hatte Spieter an die Vorgänge keine Erinnerung. Den Arzt, der morgens gegen 8 Uhr zu ihm kam, erkannte er sofort richtig, er wußte auch auf Frage sofort anzugeben, daß er sich mit dem Arzt bereits mehrmals in dessen Dienstzimmer lange unterhalten hatte.

C. Die strafrechtliche Beurteilung

Spieter ist ein Hirnverletzter. Er hat bei der klinischen Untersuchung deutlich einen krankhaften neurologischen Befund, der offenbar mit der Hirnverletzung in Zusammenhang zu bringen ist, und ferner die Symptome einer in den letzten Jahren stärker in Erscheinung getretenen und auch während der Beobachtungszeit sehr deutlichen Persönlichkeitsveränderung gezeigt. Zudem hat er die Tat in einem Alkoholausnahmezustand, einem pathologischen Rausch bei Aufhebung des normalen Bewußtseins und mit

völligem Verlust der Erinnerung an die Vorgänge in der Tatnacht begangen. Dies ergibt sich mit Sicherheit bzw. mit der nötigen hohen Wahrscheinlichkeit aus der genauen Erhebung der Vorgeschichte und einer kritischen Verwertung der Zeugenaussagen. Eine endogene Psychose, eine genuine Epilepsie oder eine abnorme seelische Reaktion lassen sich mit Sicherheit ausschließen. Auch bei der Untersuchung hat Spieter eher das Gegenteil eines psychogenen Verhaltens und ebenso keinen Anhaltspunkt für eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems geboten, abgesehen von den Folgen der erwähnten Hirnverletzung.

Unter solchen Umständen wurde die Anwendung des § 51 des Strafgesetzbuches in vollem Umfange, also auch hinsichtlich des Absatz 1, für richtig gehalten. Die Frage, ob und inwieweit Spieter für Straftaten, die er in Zukunft nicht in einem alkoholischen Ausnahmezustand begehen würde, auf Grund seines Hirnschadens als erheblich vermindert zurechnungsfähig anzusehen, ihm also der Absatz 2 des § 51 StGB. zuzubilligen wäre, konnte allgemein nicht beantwortet werden. Dies wäre vielmehr jeweils von der Lage des Einzelfalles abhängig zu machen. Daß Spieter infolge der Hirnverletzung und der in letzter Zeit gezeigten Neigung zum Trunk wieder straffällig werden könne, wurde betont. Die Anwendbarkeit des § 42b oder c StGB., also die Notwendigkeit, Spieter wegen seiner geistig-seelischen Störungen oder seiner Trunksucht oder wegen beider in einer Heil- oder Pflegeanstalt unterzubringen, wurde zur Zeit noch verneint.

Falls später einmal bei neuer Straffälligkeit, bei stärkerem Hervortreten der Persönlichkeitsveränderung oder einem Fortschreiten der Trunksucht mit ihren Folgen eine solche Unterbringung des Spieter notwendig werden sollte, wurde dem Gericht dringend die Unterbringung nach § 42b oder b u. c, nicht nach § 42c StGB. empfohlen, weil die erstere unbefristet, die letztere ganz unzureichend bisher nur auf die Höchstdauer von 2 Jahren festgelegt ist. Dem Gericht wurde nahegelegt, darauf hinzuwirken, daß Spieter möglichst ganz den Alkohol meide. Es ist dies die einzig wirksame Maßnahme einer Abhilfe, die freilich bei den heute noch herrschenden Sitten und Gewohnheiten und unter den bisherigen, recht begrenzten gesetzlichen und behördlichen Bestimmungen nur wenig Aussicht auf Erfolg hat, selbst wenn es zu einer polizeilichen Überwachung, einem Wirtshausverbot, einer fürsorgerischen Betreuung und dergleichen kommt. Maßnahmen dieser Art wurden übrigens im Falle des Spieter nicht einmal vom Gericht beschlossen oder anderen Stellen gegenüber als dringlich oder wünschenswert vorgeschlagen.

Das Gericht schloß sich dem Gutachten in allen Punkten an. Spieter wurde freigesprochen und sofort auf freien Fuß gesetzt.

D. Die Brandstiftung

Die Brandstiftung ist von Spieter in einem pathologischen Rausch, einem durch Alkoholvergiftung entstandenen Ausnahmezustand begangen worden. Aus den Angaben des Täters und den Zeugenaussagen, die oben zeitlich geordnet wiedergegeben worden sind, läßt sich der Hergang bis zum pathologischen Rausch hin gut wiederherstellen. Beim Verlassen der Wohnung der Frau E. ist Spieter anscheinend noch nicht pathologisch berauscht gewesen. Beim Besuch der Familie K., der bald darauf erfolgt ist, erschien er dagegen nicht mehr eigentlich betrunken, sondern verwirrt. Die Entwicklung des Rausches zum pathologischen Rausch oder, wie später näher begründet werden wird, besser gesagt der Umschlag zwischen beiden muß also nach dem Besuch bei Frau E. erfolgt sein. Wahrscheinlich ist er sogar bald oder gar gleich danach gekommen, nachdem Spieter aus der Wohnung gewiesen worden war. Sein Verhalten in der Familie des K. läßt keinen Zweifel, daß ein voll entwickelter pathologischer Rauschzustand vorgelegen hat.

Spieter hat in der Familie des K. wirre Gedanken über geplante Gewalttaten, Brandstiftungen, Selbstmord und über seinen eigenen Tod geäußert. Es fragt sich daher, ob die Brandstiftung willentlich, also vorsätzlich aus dieser Neigung zu einer gewaltsamen Entladung heraus erfolgt ist, oder ob sie vielmehr die Folge eines Verhaltens gewesen ist, wie es Spieter im Alkoholversuch gezeigt hat, nämlich einer triebhaften, spielerischen, ja „okkult" unterlegten Freude am Feuer, also fahrlässig. Der am Tatort erhobene Befund der zahlreich verstreuten Streichhölzer, der kleinen zusammengescharrten und angezündeten Häufchen von Sägespänen und die unzusammenhängenden Brandstiftungen im Büroraum an Papierstücken machen die zweite Möglichkeit wahrscheinlicher. Danach kann eine absichtliche Brandstiftung kaum vorgelegen haben, auch wenn man die durch den Ausnahmezustand bedingten Störungen des Wollens und Handelns bei der Ausführung berücksichtigt. Für die hier vertretene Deutung spricht auch die Auffindung eines Zigarettenrestes. Das Anzünden einer Zigarette hat den Spieter auch im Alkoholversuch dazu gebracht, nunmehr damit zu beginnen, spielerisch ein Streichholz nach dem andern anzuzünden, achtlos fortzuwerfen oder unter „magischen" Manipulationen[1]) bis zum Ende aus-

[1]) Dazu sei an die Beobachtungen von *Beringer* erinnert (Hexen- und Aberglauben im Schwarzwald, Verh. d. Gesellsch. dtsch. Neurol. u. Psychiater, 3. Jahresvers. in München, 1937; Bericht Berlin 1938).

brennen zu lassen und jedenfalls an diesem Spiel seine triebhafte Lust zu befriedigen. Ob bei Spieter am Tatort dadurch, daß er sich eine Zigarette anzündete, oder aber weil er, um sich zurechtzufinden, ein Streichholz entflammte, jene spielerische Lust geweckt worden ist, dürfte heute nicht mehr zu entscheiden sein. Die wenigen vor dem Werk verstreut gefundenen Streichhölzer hat er offenbar erst am nächsten Morgen angebrannt, als er sich in der Dämmerung seinen Weg erleuchtete, um nach Hause zu finden. Schließlich ist es nicht von ausschlaggebender Bedeutung, weder für die forensische noch für die klinisch-psychiatrische Beurteilung, ob Spieter vorsätzlich das Gebäude hat in Brand stecken wollen und infolge der Vergiftungserscheinungen nur sehr unsystematisch und unbeholfen verfahren ist, oder ob er im gaukelnden Feuerspiel seine Lust hat befriedigen wollen. Ob Spieter nun im alkoholischen Dämmerzustand aus dem plötzlich aufgebrochenen Drang zu Gewalttaten (so wie er früher einmal unter Alkoholwirkung einen Selbstmordversuch begangen hatte) oder aber gleichsam nur aus Zufall, entprechend etwa der fahrlässigen Brandstiftung eines unzureichend mit Feuer hantierenden Paralytikers oder Senilen, Feuer gelegt hat: in jedem Falle läßt sich ein verständliches und nachfühlbares Motiv der Brandstiftung ausschließen, auch wenn man dies nur auf einen verständlichen Zusammenhang bei krankhaft verändertem Grundzustand beschränken wollte[1]).

Es ist nicht ohne weiteres möglich, die Brandstiftung des Spieter in eine der im Schrifttum beschriebenen Gruppierungen von Brandstiftern einzureihen. Die Einteilung von *Fischer* unterscheidet Psychotische, ferner Schwachsinnige, die infolge einer Enthemmung zur Brandstiftung kommen, und drittens „die eigentlichen Pyromanen", deren Triebhaftigkeit im Erleben des Feuers seine Befriedigung finde. Diese Einteilung befriedigt nicht recht, sie ist offenbar empirisch gewonnen worden, weder psychologisch noch klinisch ausgerichtet und erlaubt höchstens eine erste grobe Orientierung. Es ist beispielsweise etwas grundsätzlich anderes, ob ein Schizophrener aus einer Wahnidee heraus an eine überlegte, für ihn zwar motivierte, aber normalpsychologisch sinnlose Brandstiftung geht, oder ob er dies in einer plötzlichen Im-

[1]) Übrigens lassen sich die Begriffe vorsätzlich und fahrlässig bei vielen geistesschwachen oder geistesgestörten Tätern nur mit großer Einschränkung anwenden; in manchen Fällen verlieren sie überhaupt ihren Sinn.



pulshandlung tut[1]), oder ob ein Epileptiker im Dämmerzustand aus einer allgemeinen Angriffseinstellung heraus dranghaft zum Brandstifter wird. Alle sind psychotisch und würden zur ersten Gruppe von *Fischer* gehören. Auch die dementen, fahrlässig zu Brandstiftern werdenden Kranken haben hier keinen rechten Platz, also etwa Senile, verwirrte Hirnarteriosklerotiker oder auch Paralytiker, während die Gruppe der enthemmten und kritikarmen meist jugendlichen Schwachsinnigen, wie die Erfahrung lehrt, in der Praxis zahlreich vertreten ist und sich insoweit gut herausheben läßt, aber auch psychologisch sehr Verschiedenartiges enthält.

Besser befriedigt die von einem psychologischen Ausgangspunkte herkommende und zugleich in gewissem Umfange klinischen Bedürfnissen gerecht werdende Einteilung von *Hoven*. Hier würde Spieter am ehesten der dritten Gruppe zuzuzählen, die Tat als primäre Entladungsreaktion aufzufassen sein, während die Täter der ersten Gruppe von *Hoven* aus ohne weiteres verständlichen Motiven handeln, die der zweiten ihre Tat, in einen unverständlichen Grundzustand eingebettet, als von diesem aus verständliche Reaktion begehen. Eine im pathologischen Rausch begangene Brandstiftung könnte man freilich je nach Lage der Dinge sowohl der zweiten wie der dritten Gruppe zuweisen, nur keinesfalls der ersten, je nachdem, ob ein solcher Täter (oder etwa auch ein Epileptiker im Dämmerzustand) in Verkennung der Situation von seinem krankhaft veränderten Zustand aus motiviert handelt, oder ob seine Tat einfach eine Entladung angespannter Stauungen darstellt. Ähnliches gilt für schizophrene Brandstifter. Hier liegen die von *Hoven* selbst gesehenen Grenzen ihrer Einteilung, die, psychologisch durchdacht und einleuchtend, klinisch eine weitergehende Analyse erfordert.

Die Einteilung von *Hoven* hat nur vorsätzliche Brandstiftungen im Auge. Es scheinen bei dieser Einteilung absichtlich alle jenen Fälle außer Acht gelassen worden zu sein, die versehentlich, fahrlässig zu Brandstiftern werden, also etwa die schon erwähnten senilen, arteriosklerotisch oder paralytisch dementen oder die stärker schwachsinnigen Brandstifter, wenngleich diese kurz bei

[1]) *Hoven* schreibt dazu, sie habe seltsamerweise für diese primär impulsiven Brandstiftungen von Schizophrenen (oder Epileptikern) keine sicher verwertbare Kasuistik gefunden. Ich verfüge über einige einschlägige Beobachtungen an meinen Anstaltskranken. In einer Arbeit von *Wilmanns* über Morde im Prodromalstadium der Schizophrenie (Z. Neur. *170*, 583 [1940]) finde ich den Hinweis, daß solche Fälle auch sonst gelegentlich beobachtet worden sind.

der zweiten Gruppe erwähnt werden. Falls die Brandstiftung Spieters nur ein Nebenprodukt seiner ungeschickt und unachtsam durchgeführten Befriedigung am Spiel mit dem Feuer gewesen sein sollte, er also nur zufällig zum Brandstifter geworden wäre, könnte er überhaupt nur mit Vorbehalt zu einer der *Hoven*schen Gruppen gerechnet werden, und dann nur zur dritten.

Immerhin liegt es am nächsten, Spieters Tat als primäre Entladungsreaktion zu erklären. Hierbei unterscheidet *Hoven* weiter die beiden Möglichkeiten, daß entweder der Entladungstrieb die Tat der Brandstiftung unmittelbar als Triebziel in sich hat, oder daß eine unbestimmte Spannung sich in einer Brandstiftung entlädt. Diese Unterscheidung läßt sich in manchen Fällen machen, dann ist sie wertvoll zum besseren Verständnis; sie ist aber manchmal nicht durchführbar. Will man eine Tat wie die des Spieter, gleich einer ähnlichen Tat im epileptischen Dämmerzustand, als Gewalttat auffassen, so wird es mehr oder weniger vom Zufall abhängen, ob der zunächst allgemein zu Mord, Selbstmord oder Brandlegung neigende Kranke nun gerade die eine oder die andere Art von Gewalttat begeht. Trotzdem kann er (wie Spieter zeigt) bei seiner vagen auf Entladung hindrängenden Spannung — im Gegensatz zu manchen anderen Fällen — auch schon nicht nur die Möglichkeit einer Brandstiftung, sondern auch diese selbst als Triebziel neben wenigen anderen, im Grunde verwandten Zielen in sich haben. Der Kranke in einem pathologischen Rausch oder einem epileptischen Dämmerzustand läßt sich also, wenn er zum Brandstifter wird, unter Umständen überhaupt nicht der einen oder anderen Unterform zuordnen. Nicht nur in den äußeren Zustandsbildern, sondern auch hierin zeigt sich eine tiefgehende, vielleicht konstitutionell bedingte Wesensverwandtschaft zwischen diesen beiden Arten von Ausnahmezuständen. Die genannte Schwierigkeit findet ihre Erklärung darin, daß hier Schichten von urtümlicher Art und primär triebhafter Gebundenheit zu Tage treten, die einer verstandsmäßigen Aufgliederung nur schwer, vielleicht überhaupt nicht zugänglich sind. Dies wird auch deutlich, wenn man an die Zusammenhänge zwischen Brandstiftungen und Sexualität denkt.

Zunächst bestehen anscheinend Beziehungen zu sexuellen Drangzuständen — *Exner* spricht von einer „irgendwie im Geschlechtlichen wurzelnden Feuerlust" —, weiter zu triebhaften Drangzuständen überhaupt, wie zum Heimweh. Der Drang kann nach der Feuerlegung, richtiger wohl nach dem Anblick und Genuß des Feuers, völlig verschwinden. Es besteht aber auch, wie öfters

auch jetzt wieder in einem jüngst von *Többen* dargestellten Falle beschrieben, die Möglichkeit einer Anregung der Sexualität durch den Brand. Wirklich zureichende, einer kritischen Betrachtung standhaltende tiefenpsychologische Untersuchungen fehlen noch. Dies dürfte daran liegen, daß wir es hier mit Schichten oder Seiten der Persönlichkeit zu tun haben, die durch mangelnde Differenziertheit, ja überhaupt durch Ungegliedertheit gekennzeichnet sind. Wie man im Sexualtrieb, oft nur andeutungsweise, in manchen Fällen auch deutlicher, in einzelnen Fällen schließlich hervorbrechend und zur Tat führend, zugleich auch einen Mordtrieb und einen Selbstmordtrieb enthalten sehen kann, Liebes-, Mord- und Todestrieb hier also engstens miteinander verflochten sind, dürfen ähnliche Beziehungen auch für die Neigung zum Feuer gelten. Wahrscheinlich wird sich nie das helle Licht der zergliedernden Überlegung in diese dunklen Tiefen bringen lassen, weil damit das Wesentliche dieser triebhaften, im Grunde unseres Wesens liegenden Vorgänge der Seele zerstört wird. Deutungen und Vermutungen verschiedenster Art sind selbstverständlich möglich, sie sind öfters geäußert worden. Sie können anziehend sein, führen aber kaum über eine Darstellung des Beobachtbaren und Erlebbaren hinaus und vermögen keine zureichende naturwissenschaftliche Erklärung abzugeben.

Der Rausch des Spieter wurde zu einem pathologischen Rausch, als er von der Frau E. aus der Wohnung gewiesen wurde. Spieter liebte nach seiner eigenen Aussage und nach einer Aussage des Ehemannes die Frau E., ohne daß seine Liebe erwidert wurde. Man kann also bei Spieter über die auslösende Wirkung einer starken Gemütsbewegung für die Entstehung des pathologischen Rausches hinaus ohne größere Schwierigkeit auch einen sexuellen Triebanteil vermuten, zumal Spieter ein Mann mit starkem Sexualtrieb war, und auch im Alkoholversuch ist es schließlich zu sexuellen Protzereien gröbster Art gekommen, bevor das Spiel mit dem Feuer begann. Die sexuelle Spannung, die keine Befriedigung fand, brauchte sich freilich keineswegs nur in der Richtung des Feuerlegens oder Feuerspieles auszuwirken, sie hat wahrscheinlich ebenso auch als Antrieb den Gedanken und Redereien über Mord- und Selbstmordabsichten zu Grunde gelegen, nach Art einer Hintergrundreaktion auf die starken Unlustgefühle, wie sie nicht selten bei reizbaren Explosiblen beobachtet wird (*Kurt Schneider*).

Man kann die Freude des Spieter am Feuer, wie sie insbesondere im Alkoholversuch zutage getreten und oben eingehend beschrieben

worden ist, als eine Rückkehr auf eine kindliche Stufe auffassen. Die Kinder, wenn auch vielleicht nicht alle (*Mönkemöller*), haben überhaupt und besonders in einem gewissen Stadium ihrer Entwicklung eine Freude triebhafter Art am Feuerspiel, die verschieden stark entwickelt und je nach Anlage, Intelligenzstufe und äußeren Bedingungen auch unterdrückt oder versteckt sein mag. Auf das Verhalten der Kinder zum Feuer ist öfters hingewiesen worden (s. z. B. *Többen*, *Persch*). Selbst viele Erwachsene dürften noch dem „lebendigen Feuer" gefühlsmäßig anders, aufgeschlossener und zugleich gebundener gegenüberstehen als etwa dem elektrischen Licht. Selbstverständlich darf man darin nicht eine billige Erklärung von Brandstiftungen durch Kinder oder Jugendliche sehen. Bei den Fällen, die *Többen* darüber zusammengestellt hat, ist leider von den Autoren nicht immer genügend der jeweiligen Motivation nachgegangen worden. Dies ist aber unerläßlich, um die wirklich motivlosen Fälle herauszufinden, deren Untersuchung hier allein weiterführen kann.

Der pathologische Rausch ist ganz allgemein durch einen Rückschritt auf eine undifferenziertere und primitive Stufe gekennzeichnet, durch eine Änderung des gesamtseelischen Erlebens in einer Richtung, wie sie dem Kind eigen ist, durch ein Zurücktreten des Vorstellens, ein Überwiegen des Wahrnehmens, des anschaulichen, komplexhaften, ungegliederten Erlebens, wie auch das delirante Erleben im Dämmerzustand mit seinen Sinnestäuschungen, seinen Verkennungen von Personen und Örtlichkeiten dadurch gekennzeichnet ist (siehe auch später). *Kleist* hat in seiner hirnpathologischen Beurteilung derartiger Zustände hervorgehoben, daß ein Dämmerzustand mit traumhaften deliranten Sinnestäuschungen „ein seelischer Mangelzustand" sei, „ein Zurücksinken auf ein niedrigeres Verhalten". Ohne bereits einen schlüssigen Beweis zu haben, darf man doch das Zurücksinken auf eine solche Stufe im Dämmerzustand und in deliranten Zuständen in Beziehung zu der im pathologischen Rausch des Spieter hervorgetretenen Neigung zum Spiel mit dem Feuer wie auch zu manchen anderen primär entstandenen und nicht weiter rückführbaren, eine Entladungsreaktion darstellenden Brandstiftungen setzen. Die primitive Freude des Spieter am Feuer ist jedenfalls am ehesten als der Ausdruck eines solchen Rückfalls auf eine tiefere kindliche Stufe zu deuten, gekoppelt mit anderen Symptomen verwandter Art, vornehmlich des Trieb- und Affektlebens.

Allgemein sei für die Beurteilung von Brandstiftern erwähnt, daß keine Tat so rasch dem Täter entzogen ist und meist so weite Kreise zieht wie eine

Brandstiftung, so schnell ein Ausmaß annimmt, das der Täter öfters gar nicht gewollt hat. Dies wird oft vernachlässigt. Selbstverständlich ist es ein grundsätzlicher Unterschied, ob die Brandstiftung nur in kleinem Ausmaß und nur etwa nach Art eines Schabernacks begangen worden ist, von einem Täter vielleicht, der infolge von Geistesschwäche, Triebhaftigkeit oder affektiver Einengung nicht an die möglichen Folgen gedacht hat, oder ob bereits die Absicht, ein großes Feuer zu erzielen, bei der Brandlegung bestanden hat. Andere Taten, die aus Rache oder zum Schaden anderer Personen begangen werden, bleiben so geringfügig, wie sie geplant und ausgeführt worden sind, sie werden sicher oft gar nicht erkannt oder jedenfalls nicht weiter bekannt. Bei Brandlegungen ist das, aus der Natur der Sache heraus, ganz anders. Nur bei einem Teil aller vorsätzlichen Brandstiftungen, soweit sie von psychisch Abartigen oder Geisteskranken begangen worden sind, ist der Brand mehr oder weniger in seinem Umfang gewollt worden, stets wohl dort, wo das Erlebnis des Feuers gesucht worden ist, entweder in Erinnerung an die verschiedenartigen Lustgefühle, auch sexueller Art, bei einem früheren Anblick von Feuer oder Brand, oder etwa angeregt durch Vorstellungen und Gefühle beim Lesen über derartige Gegenstände, nach Träumen oder nach dem Anschauen eines Brandes im Film (eigene Beobachtung), schließlich unmittelbar, jedenfalls ohne klare Erinnerung an frühere verwandte Erlebnisse, zur Lösung einer Spannung, eines Drangs. Das Ziel, das Erlebnis des Feuers, kann dabei in seltenen Fällen sogar zunächst nur unklar, „unbewußt“, vorhanden sein, oder ein äußerer Anstoß bestimmt erst die Richtung der Entladung des anfänglich ungerichteten Dranges. Auffallenderweise sind die Voraussetzungen eines engeren, triebmäßigen Zusammenhanges zwischen der Persönlichkeit und dem Inhalt und Ziel der Tat einer Brandstiftung allem Anschein nach vornehmlich, aber meiner Erfahrung nach nicht ausschließlich, bei den Brandstiftern gegeben, die man als epileptoid bezeichnet, damit zunächst eine charakterologische Gruppe heraushebend, die kennzeichnende soziale Verhaltensweisen zeigt. Zu dieser Gruppe hat, schon vor seiner Hirnverletzung, auch Spieter gehört. Nach der Hirnverletzung sind diese Auffälligkeiten noch stärker hervorgetreten.

E. Die Persönlichkeit vor und nach der Hirnverletzung

Eine Untersuchung des pathologischen Rausches des Spieter setzt eine Erfassung seiner Persönlichkeit voraus. Dabei ist zu unterscheiden, welcher Art die Persönlichkeit der Anlage nach gewesen ist, und wie sie sich durch die Hirnverletzung und ihre Folgen verändert hat. Über die Art der Persönlichkeit vor dem Unfall des Jahres 1931 läßt sich nur an Hand der Angaben des Spieter und daher in vielem nur vermutungsweise oder höchstens mit Wahrscheinlichkeit etwas aussagen. Objektive Unterlagen hierüber fehlen.

Spieter erscheint als eine von Haus aus primitiv strukturierte, vorwiegend nach außen gekehrte, robuste, wahrscheinlich auch schon vor der Hirnverletzung stimmungslabile und in gewissem Umfange erregbare (*Kraepelin*) bzw. explosible (*Kurt Schneider*),

andererseits gutmütige Persönlichkeit, den einfachen Genüssen des Lebens zugewandt, in seiner Lebensführung von nur geringem Verantwortungsgefühl, dabei ziemlich unstet. Körperbaulich fällt der sehr kräftige Wuchs bei athletischem Habitus auf. Spieter hat im Alkoholversuch einen 21 kg schweren Tisch mit den Zähnen hochgehoben! Er war wahrscheinlich schon früher stolz auf seine Kraft, seine körperliche und sexuelle Leistungsfähigkeit. Insgesamt hat Spieter also schon vor seiner Hirnverletzung seiner leib-seelischen Gesamtverfassung nach ein Bild geboten, wie man es mit einer gewissen Häufung im Formenkreis der genuinen Epilepsie findet, zumindest bei einer bestimmten Gruppe von für „typisch" angesehenen Epileptikern. Eine Erörterung darüber, ob dabei innere Wesenszusammenhänge zwischen dieser Konstitution und der Krankheit genuine Epilepsie bestehen, oder ob ein solcher Körperbau die „typische" Ausprägung der Erkrankung nur begünstigt, würde ebenso wie ein Eingehen auf den Begriff „epileptoid" den Rahmen dieser Darstellung überschreiten. Die zweite Auffassung ist mir wahrscheinlicher. Auch bei traumatischen Schädigungen scheinen die konstitutionell derart gezeichneten Kranken leichter als andere Grundkonstitutionen eine besondere, eben „epileptoide" Färbung zu bekommen, so wie es bei Spieter der Fall gewesen ist[1]). Über die „epileptoide" Persönlichkeit des Spieter wird auch weiter unten bei Erörterung des pathologischen Rausches noch zu sprechen sein. *Meggendorfer* äußert in seinem Handbuchbeitrag die Vermutung, die von *Bonhoeffer* als häufig und kennzeichnend beschriebenen pathologischen Räusche epileptoider Art (deren Beziehungen zu Gewalttaten und im besonderen Brandstiftungen auch der Fall Spieter gut zeigt) träten, wenn auch wohl nicht ausschließlich, bei epileptischer Veranlagung auf; der Beweis sei freilich bei den bekannten Schwierigkeiten hinsichtlich der „larvierten Epilepsie" nur schwer zu führen. Spieter war dazu hirnverletzt. Man könnte seine Störung als traumatische Epilepsie auffassen.

[1]) Der Ausdruck „epileptoid" wird hier in dem Sinne der älteren, klassischen Psychiatrie verstanden, vornehmlich also — zunächst beschreibend — als stimmungslabiler, explosibler Psychopath mit dem daraus folgenden charakteristischen sozialen Verhalten. *Conrad* hat solche Psychopathen im Erbkreis der genuinen Epilepsie gehäuft gefunden und damit auch eine (erbbedingte) Wesensverwandtschaft wahrscheinlich gemacht. Auf die abweichenden Befunde *Stauders* (S. 166 ff. seiner Monographie) kann hier nicht eingegangen werden. Jedenfalls schließen sich nach meinen Erfahrungen epileptoide Artung in dem beschriebenen Sinne und der Wesenszug des Haftens (*Stauder*) nicht aus.

Da hier nur die eingehende Darstellung eines Einzelfalles mit den daraus sich ergebenden allgemeineren Ableitungen beabsichtigt ist, kann nicht auf das umfangreiche und zum Teil zahlreiche Schrifttum über alle die hier hereinspielenden Einzelfragen eingegangen werden, wenngleich es inhaltlich möglichst berücksichtigt worden ist. Erwähnt sei jedoch eine Arbeit von *Persch* über epileptoide Persönlichkeiten und Pyromanie. Ihr liegt die von *Kleist* stammende Zusammenordnung von episodischen Verstimmungen, Dipsomanie, Pyromanie, episodischen Schlafzuständen, pyknoleptischen Zuständen und anderen Störungen zu einem „Kreis anfallsartiger Erkrankungen" zugrunde. *Persch* rechnet auch „Brandstifter, Mörder und Selbstmörder" hierzu, vermehrt also die recht unterschiedlich, nämlich teils neurologisch, teils psychopathologisch, teils soziologisch gekennzeichneten Einzelgruppen um weitere rein soziologische und in jeder Beziehung unterschiedlich zusammengesetzte. Die Arbeit beleuchtet an Fällen aus dem Schrifttum und zwei eigenen Beobachtungen die bei Brandstiftern bestimmter Art nicht selten zu beobachtenden schwer verständlichen Trieb- und Affektverhältnisse. Freilich wird hier jene Gruppe, deren Tat *Kurt Schneider* als primäre seelische Triebentladungen auffaßt, allzu sehr und, wie mir scheint, unberechtigt erweitert. Wenn der angenommene Kreis der Anfallskrankheiten einerseits die Epilepsie in sich schließen, andererseits aber die erwähnten Störungen mit der Epilepsie nicht ätiologisch zusammenhängen, also keine „abgeschwächte Epilepsie" sein, sondern lediglich konstitutionelle und erbbiologische Gemeinsamkeiten haben sollen, so erscheint das nicht folgerichtig. In Wirklichkeit dürfte diese ganze Gruppe, für die auch noch mannigfache Überschneidungen mit psychopathischen Störungen angenommen werden, höchst uneinheitlich sein. Bei vielen der hierzu gerechneten Beobachtungen von Brandstiftungen ist der Anteil der endogenen (trieb- und affektmäßigen) von den exogenen (reaktiven) Einflüssen nicht hinreichend untersucht worden; die von den Tätern abgegebenen Erklärungen sind gerade hier stets nur mit größter Vorsicht zu verwerten. Schon phänomenologisch besteht eine große Mannigfaltigkeit, nicht minder in erblicher oder aber auch wieder in pathophysiologischer und pathopsychologischer Beziehung. Die für einzelne Fälle außerdem anzunehmende Möglichkeit einer beginnenden Schizophrenie (*Wilmanns*) muß berücksichtigt werden; vielfach ist auch, wie *Hoven* richtig hervorhebt, der zur Beobachtung gekommene Ausschnitt aus dem Leben des Täters viel zu kurz, meist hört die Kenntnis mit Beendigung des Strafverfahrens auf. Schleichend beginnende Schizophrenien (worauf auch einzelne der von *Hoven* angeführten Fälle verdächtig sind) können so sehr leicht verkannt und ihre Handlungen umgedeutet werden. Besonders problematisch ist die Einordnung von Brandstiftern mit erheblichem Schwachsinn in diesen Kreis, da die Minderwertigkeit des Gehirns und der Gesamtpersönlichkeit hier schwer mit den anderen Tätern vergleichbare Verhältnisse schafft. Die Gefahr einer Ausweitung des Begriffes nach mehr oder weniger äußerlichen, jedenfalls nicht entscheidenden Merkmalen liegt sehr nahe. Immerhin werden bei einem Teil der von *Persch* hierher gerechneten Fälle und mancher ähnlichen Beobachtung des Schrifttums sehr auffallende triebdynamische Zusammenhänge sichtbar, Verhältnisse, die immer wieder einmal besonders kennzeichnend bei Brandstiftern gefunden werden, so daß man von einem Typus, einer Kerngruppe sprechen könnte, ohne daß wir heute schon über das ihnen allen Gemeinsame der psychopathologischen und soziologischen Verhältnisse hinaus etwas sicheres über Beziehungen zu Krankheitsgruppen oder Erbkreisen wüßten.

Ein Teil der Mißverständnisse rührt anscheinend daher, daß der Begriff der Verstimmung, der hier immer wieder angewandt wird, sehr unscharf ist. Soweit „Verstimmungen“ bei diesen Persönlichkeiten, die wir durchweg als Psychopathen bezeichnen müssen, bestehen, zeigen sie nicht den Gegensatz heiter und traurig. Die Polarität heißt vielmehr Spannung und Entspannung, ja Ladung und Entladung, mit dem Gefühl der Lust oder Unlust. Die „Verstimmungen“ sind, wie meist auch hier, mannigfaltig aufgebaut, sie entbehren nicht des Reaktiven (sei es auslösend wirksam, sei es als „Überbau“ vorhanden), aber ihr Grund ruht doch im Körperlichen, im Vitalen, bei deutlicher Verschiedenheit von der vitalen Depression der Melancholischen. Eigentliche Verstimmungen können freilich die Folge der als unangenehm erlebten Drangzustände oder sonstigen quälenden Allgemeingefühle und Zuständlichkeiten des Körpers sein. Auch Spieter bietet ein Beispiel hierzu. Die Art der Verstimmungen unterscheidet sich gut von mannigfachen Verstimmungszuständen anderer Psychopathentypen, etwa depressiver oder mürrischer Grundhaltung, labilen Stimmungsschwankungen auf Reize hin und ebenso von denen mehr endogener (zykloider) Art. Die Gleichheit der sprachlichen Bezeichnung darf hier nicht über die großen Verschiedenheiten der gegebenen seelischen Tatbestände hinwegtäuschen, wenn Irrtümer vermieden werden sollen.

Weiter scheint zu diesen Persönlichkeiten, wenn man die Gruppe von ihren unzulässigen Ausweitungen befreit und genügend streng nimmt, auch eine große allgemeine Triebhaftigkeit, bei erheblicher Triebstärke, zu gehören. Hieraus ergibt sich, zumal wenn Schwankungen der Antriebe dazukommen, ein Verständnis für die gelegentlich auftretenden Drangzustände, die Unstetheit und Verwandtes. Man hat es hier mit einer Untergruppe der sogenannten Triebmenschen zu tun, die nach *Kurt Schneider* psychologisch allerverschiedenstes darstellen. In einzelnen Fällen scheinen auch erbbiologische Beziehungen gegeben zu sein, wie die beiden Fälle von *Persch* vermuten lassen. Verallgemeinerungen sind heute aber noch nicht möglich, schon wegen der aufgezeigten erheblichen Uneinheitlichkeiten und bisher nicht behobenen begrifflichen Unklarheiten. Es muß noch offen bleiben, welche Glieder dieser Gruppe durch tiefere Beziehungen als nur ein ähnliches Erscheinungsbild oder gleiche Verhaltensweisen verbunden sind.

Im Jahre 1931 hat Spieter einen Hirnschaden erlitten. Es ist ihm ein schwerer Ast auf den Kopf gefallen. Die Folge ist eine längere Bewußtlosigkeit mit nachfolgendem öfteren Erbrechen gewesen und eine später festgestellte nahe der Mittellinie liegende Impressionsfraktur des linken Scheitelbeins, welche operativ beseitigt werden mußte. Bei der Operation im März 1932 wurde die an einer Stelle blaurötlich verfärbte und durch Granulationen verdickte Dura gespalten und das darunter liegende Gehirn unverändert gefunden. Dies besagt jedoch noch nichts über etwaige tieferliegende Veränderungen am Gehirn. Spieter hat zumindest eine mittelschwere Gehirnerschütterung, möglicherweise aber auch durch eine Kontusion, durch Gefäßschädigungen oder dergleichen noch weitergreifende Schäden am Gehirn erlitten. Erst etwa vom Jahre 1935 ab haben sich bei ihm, wie er glaubhaft und ohne

Übertreibung geschildert hat, stärkere subjektive Beschwerden bemerkbar gemacht. Es ist unwesentlich, ob diese die Folgen des beim Unfall erlittenen Hirnschadens sind, oder ob ein Zusammenhang mit narbigen oder anderen durch die Operation bedingten Prozessen besteht.

Spieter klagte nicht nur wie viele Hirngeschädigte über Kopfschmerzen, Schwindelgefühle und unangenehme Sensationen bei Witterungswechsel, sondern er hatte auch ein ausgeprägtes Gefühl für die Veränderungen seiner Gesamtpersönlichkeit, für die Minderung seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit. Er klagte, er sei viel unsicherer beim Arbeiten auf Gerüsten geworden und die Kraft seiner rechten Schulter (beim Tragen schwerer Lasten) habe erheblich nachgelassen. Dazu kommen die von ihm selbst empfundenen und objektiv deutlichen Störungen der Wortfindung, der Merkfähigkeit und der Konzentrationsfähigkeit. Die körperliche Untersuchung hat dazu vor allem Störungen der Lokomotorik und der Stell- und Lagereaktionen aufgedeckt, beim Fehlen aller spastischen Anzeichen. Hierzu kommen ferner als besonders bemerkenswert die ebenfalls von Spieter wahrgenommenen und objektiv während des Anstaltsaufenthalts beobachteten allgemeinen Veränderungen der Persönlichkeit, bei einem nicht im mindesten psychogenen Verhalten. Selbst ein solches würde übrigens bei dem festgestellten Hirnschaden verdächtig auf eine organische Entstehung sein. Spieter hat durch den Hirnschaden eine Neigung zu starken, gar nicht oder unzureichend begründeten Stimmungsschwankungen bekommen, er ist reizbarer, querulatorischer, willensschwächer, im ganzen unausgeglichener, in seinem Verhalten trotz ausreichend entwickelter und nicht gestörter Intelligenz weniger beeinflußbar durch Überlegungen und nicht zuletzt allgemein triebhafter geworden. Aber auch Störungen der feineren zwischenmenschlichen Beziehungen, des Taktes, bestanden, wie sein Verhalten in der Anstalt und bei den Untersuchungen gelehrt hat.

Kurt Schneider hat, psychopathologisch beschreibend, drei Haupttypen der durch eine Hirnverletzung bedingten Wesensveränderung herausgehoben. Danach würde Spieter weder zur ersten (euphorisch, redselig, aufdringlich und treuherzig) noch zur zweiten (apathisch, antriebsarm, stumpf, verlangsamt und schwerfällig), sondern vielmehr zur dritten Gruppe gehören, die als reizbar, mürrisch, explosibel, gewalttätig und undiszipliniert angegeben wird. Es ist gut möglich, daß neben Art, Ausmaß und Ort der Hirnverletzung

auch die ursprüngliche Wesensart die Richtung der Charakterveränderung bestimmt oder mitbestimmt.

Die bei Spieter schon vor der Hirnverletzung anzunehmende Neigung zum Alkoholgenuß ist nach der Verletzung zur Sucht ausgeartet, und zwar anscheinend auch erst in den letzten Jahren, zusammen mit dem stärkeren Hervortreten der subjektiven Beschwerden. Dabei müssen grundsätzlich zwei Wege unterschieden werden, auf denen Spieter trunksüchtig geworden ist, und auf denen allgemein sich ein derartiges Geschehen abspielen kann. Die Veränderungen des Charakters haben Spieter teils unausgeglichener gemacht, teils vorhandene Charakterzüge verstärkt, so daß er nunmehr einem nicht nur explosibilen und stimmungslabilen, sondern auch willensschwachen, triebhaften und damit haltlosen, unbeherrschten psychopathischen Menschen gleicht, der der Neigung zum Trinken keinen Widerstand entgegensetzen kann. Spieter hat über dieses Erleben seiner mangelnden seelischen Widerstandskraft selbst eindrucksvolle Worte gefunden. Zum anderen haben die mit dem Hirnschaden verbundenen Mißempfindungen, das Erlebnis der Veränderungen der Persönlichkeit, die Stimmungsschwankungen und die Minderung der Leistungsfähigkeit ihn zum Alkohol getrieben, um einen Ausgleich zu suchen oder um zu vergessen. Anders konnte er, der bis dahin nach außen gekehrt und ohne viel Nachdenken über sich im Bewußtsein seiner Kraft und seiner Gesundheit gelebt hatte, damit nicht fertig werden. Bei der Untersuchung hatte Spieter bereits jahrelang regelmäßig und erheblich Bier und auch Schnaps getrunken. Das Bild seines Charakters, wie es sich bei der Untersuchung darstellte, wurde daher weiter um Züge bereichert, wie sie sich bei chronischen Trinkern finden. Ob seine Rührseligkeit auf die Trunksucht zurückzuführen ist oder mehr mit der Hirnverletzung in Zusammenhang steht, ist schwer zu entscheiden; wahrscheinlich hat beides zusammengewirkt. Selten wird bei Hirnverletzten die Neigung zur Rührseligkeit vermißt (*Kurt Schneider*).

Will man die Gesamtheit der bei Spieter vorhandenen Störungen des näheren hirnlokalisatorisch verwerten, so ergeben sich erhebliche Schwierigkeiten. Die Art der Schädigung und der dadurch gesetzten Veränderungen und Ausfälle erschweren eine lokalisatorische Zuordnung stark. Nach *B. Pfeifer* bringt eine Verletzung der linken Hemisphäre eine stärkere Leistungsminderung der mnemischen Funktionen wie auch der höheren intellektuellen Leistungen mit sich, und neben den Stirnhirnverletzungen sind es besonders die Schädigungen des Scheitellappens, die zu einer

größeren Einbuße und, entgegen der Ansicht von *Jolly*, auch leichter zur traumatischen Epilepsie führen, zu krankhaften Stimmungsanomalien, stärkerer Gereiztheit und in einem Falle *Bergers* zu kurzdauernden Dämmerzuständen (siehe später). Manches läßt im übrigen bei Spieter auch an eine Mitbeteiligung des Stirnhirns denken. Der Fall Spieter zeigt unter dem großen von *Kleist* mitgeteilten Material am ehesten noch Ähnlichkeit mit dem stirnhirnverletzten Tauscher. Auch dieser hat sich nach seiner Verletzung charakterlich dahin verändert, daß er allmählich schwer alkoholsüchtig geworden ist. *Kleist* spricht in diesem Zusammenhang von einer Temperamentverschiebung nach der „affektiv-triebhaft erregten Seite" und stellt bei seinen Fällen, ähnlich dem Befunde bei Spieter, „hypomanische und epileptische Züge", fest.

Die Zusammenhänge zwischen Hirnverletzungen mit ihren chronischen Folgen und dem Alkoholmißbrauch scheinen noch nicht hinreichend untersucht worden zu sein. *B. Pfeifer* schreibt im Handbuch der Geisteskrankheiten nur allgemein, daß Hirnverletzte intoleranter seien, und daß dies in erhöhtem Maße die traumatischen Epileptiker betreffe. Auch der neueste Handbuchbeitrag von *F. Scheid* enthält über dieses Gebiet keine näheren Darstellungen, sondern lediglich den Hinweis auf einen Fall von *Kleist*, unter Hervorhebung der Seltenheit dieser Beziehungen. *F. Scheid* meint anscheinend den Fall Hottinger, der übrigens auch Wortfindungsschwierigkeiten gehabt hat und auch sonst gewisse Beziehungen zu Spieter bietet. Während, wie *Kurt Schneider* hervorhebt, die alkoholbedingten Störungen bei Hirnverletzten meist im akuten Stadium auftreten, das chronische Stadium dagegen in der Hauptsache durch den Mißbrauch von Schlafmitteln oder Morphiumpräparaten kompliziert wird, ist Spieter gerade durch seine Hirnverletzung alkoholsüchtig geworden. Und wenn sich auch aus der Vorgeschichte und seiner Persönlichkeit vor der Hirnverletzung ergibt, daß ihm diese Art des Ausweichens bei seiner seelischen Grundverfassung und wohl auch seiner körperlichen Konstitution besonders lag, so hat doch wohl erst die Charakterveränderung zum schweren Mißbrauch geführt. Der chronische Alkoholgenuß hat manche Züge der Persönlichkeit des Spieter, die bereits anlagemäßig hervortraten, besonders betont, ja verzerrt. Nicht also das Trinken, wohl aber die Süchtigkeit und die Neigung zu pathologischen Alkoholreaktionen sind weitgehend auf das Konto der Hirnverletzung zu schieben.

Spieter hat nach der Verletzung auch ohne Alkoholeinwirkung gelegentlich kurzdauernde Umdämmerungen gehabt, so als er sich

plötzlich einmal nachts auf der Abteilung am Klosett stehend fand. Vielleicht sind manche solcher leichteren und kürzeren Störungen draußen nur nicht bemerkt worden. Dennoch könnte man nach alldem klinisch bei Spieter, wenn überhaupt, höchstens von einem Verdacht auf traumatische Epilepsie sprechen. Besser wird, *Pohlisch* folgend, der Ausdruck Epilepsie für die genuinen Fälle vorbehalten; man redete dann bei den traumatischen Fällen von Anfällen, Dämmerzuständen, Charakterveränderungen usw. bei Hirnschaden.

Auch im pathologischen Rausch, der nunmehr betrachtet werden soll, waren übrigens die chronischen Wirkungen des Alkoholismus auf den Charakter im Verhalten des Spieter erkennbar, und zwar nicht nur in der Beimischung deliranter Erscheinungen.

F. Der pathologische Rausch

Zwei pathologische Räusche des Spieter sind näher bekannt geworden, der Rausch in der Tatnacht und der Rausch während des Alkoholversuchs, darunter der letztere besonders gut. Diese beiden Räusche werden vornehmlich den folgenden Ausführungen zugrunde liegen. Aber Spieter hat auch schon vordem wiederholt abnorme Reaktionen auf Alkoholgenuß gehabt, wie sich aus seinen Aussagen ergibt. Zu Straftaten oder auch nur zu auffälligen oder besonders ungewöhnlichen Handlungen ist es darin anscheinend nicht gekommen. Jene Zustände haben wohl am ehesten Dämmerzuständen geglichen. *Moeli* hat bekanntlich Alkoholdämmerzustände als eine besondere Form des pathologischen Rausches beschrieben. *E. Bleuler* freilich nennt den pathologischen Rausch schlechtweg einen Dämmerzustand und bezeichnet als charakteristisch dafür die Desorientiertheit, Angst, Personenverkennung, Illusionen und Halluzinationen. Spieter hat anscheinend, wie schon erwähnt worden ist, infolge seiner Hirnverletzung überhaupt eine Neigung zu kurzen Dämmerzuständen gehabt, worauf auch eine Beobachtung in der Anstalt hindeutet. Jedenfalls haben die beiden Ausnahmezustände des Spieter in der Tatnacht und im Versuch im besonderen dem geglichen, was im allgemeinen unter pathologischem Rausch verstanden wird, wenn auch mit bemerkenswerten Eigenheiten.

Während grundsätzlich eine Unterscheidung zwischen dem gewöhnlichen und dem pathologischen Rausch zu machen ist, trotz der Annahme mancher Forscher von Übergängen zwischen beiden (s. später), gehen die verschiedenen Formen des pathologischen Rausches tatsächlich fließend ineinander über, und zwar hinsichtlich

der Zustandsbilder bei verschiedenen Persönlichkeiten. Jedoch scheint bei der gleichen Person der pathologische Rausch jeweils etwa gleicher Art zu sein, entsprechend der individuellen Reaktionsart.

Bereits von *Kraepelin* ist an dem Ausdruck pathologischer Rausch Kritik geübt worden. Auch andere Ausdrücke wie komplizierter Rausch sind von ihm verworfen worden; am ehesten wollte er noch — mit guten, durch das Zustandsbild gegebenen Gründen — die Bezeichnung epileptiformer Rausch gelten lassen. Damit wird aber eine gedankliche Verbindung zum epileptischen Formenkreis hergestellt, ohne daß aus dem Namen ohne weiteres verständlich wäre, ob lediglich ein Vergleich von Zustandsbildern, eine klinische Zuordnung oder gar erbbiologische Beziehungen gemeint sind. Dies muß auch für den von *Bonhoeffer* bevorzugten Ausdruck epileptoider Rausch gelten, den er als die eine Unterform der anderen, der deliranten Form gegenübergestellt hat. Im allgemeinen ist es aus praktischen Gründen bei dem Ausdruck pathologischer Rausch geblieben, womit weniger ein Gegensatz zum „normalen“ Rausch, den es nicht gibt, als vielmehr zu der üblichen, häufigsten, gewöhnlichen und der Reaktionsart der allermeisten Menschen entsprechenden Rauschform gemeint sein soll. Besser wäre wohl der Ausdruck pathologischer Rauschzustand oder alkoholischer Ausnahmezustand, wenn man nicht überhaupt nur die Unterform nennen will, also etwa alkoholischer Dämmerzustand, akutes alkoholisches Delir und dergl.

Aus den im allgemeinen übereinstimmenden Anschauungen verschiedener Autoren über die Entstehungsbedingungen pathologischer Rauschzustände läßt sich herausschälen, daß sowohl anlagemäßige wie umweltbedingte (erworbene) Ursachen dabei wirksam sind. Neben die Konstitution, die bekanntlich auch erworbene Anteile umgreift und in ihren erblichen Anteilen etwas Überpersönliches, analog etwa der Rassendisposition, darstellt, tritt die individuelle erbbedingte Reaktionsart. Bei den erworbenen Bedingungen hat man dauernde, etwa auf einer überstandenen Krankheit, einem Hirnschaden beruhende, von den vorübergehenden wie Hunger, starker Ermüdung oder Aufregung zu unterscheiden. Im Einzelfalle verflechten sich verschiedene dieser Bedingungen miteinander. Nur wenige Menschen bekommen trotz solcher dauernden oder vorübergehenden Voraussetzung oder (wie allermeist wirksam) beider einen pathologischen Rausch, wie auch *A. Heidenhain* hervorhebt. Ausgeprägte abnorme Alkoholreaktionen sind in Anbetracht der Häufigkeit von Räuschen sehr selten. Es ist eine wesentliche weiter

Tatsache, daß auch der in irgendeiner Art wirklich Disponierte nicht immer, selbst bei scheinbar gleichen Bedingungen, in einen pathologischen Rauschzustand kommt. Offenbar bestehen also auch im zeitlichen Längsschnitt bei den einzelnen Persönlichkeiten Schwankungen der Disposition, wahrscheinlich vorwiegend bedingt durch innere Zustandsänderungen, vielleicht stoffwechselmäßiger oder endokriner Art, die die Bereitschaft erhöhen oder herabsetzen können, ähnlich etwa der schwankenden Anfallsneigung bei Epileptikern, dem Auf und Ab bei konstitutionellen Verstimmungen, bei dipsomanischen Zuständen usw. Aber auch periodische äußere Einflüsse sind vielleicht wirksam, vergleichbar den Wirkungen von Wetter oder Jahreszeit auf den Beginn oder die Verstärkung von Psychosen oder auf die Anfallshäufigkeit der Epileptiker. Untersuchungen hierüber sind methodisch äußerst schwierig und bei der Seltenheit der pathologischen Räusche kaum möglich.

Häufig wird angegeben, der pathologische Rausch entstehe bei Alkoholintoleranz. Nun kann aber nach den Erfahrungen der pathologische Rausch in jedem Stadium aus dem gewöhnlichen Rausch entstehen, schon nach Einverleibung von geringen wie auch nach Zuführung von mittleren oder größeren Mengen Alkohols, sei es aus inneren oder aus äußeren Ursachen, besser gesagt Anlässen, da offenbar nur eine bereitliegende Reaktionsweise geweckt und ausgelöst wird. Manche Personen brauchen stets nur geringe, andere größere Mengen zur pathologischen Alkoholreaktion, aber auch bei der gleichen Person kann dies schwanken. Spieter ist nicht alkoholintolerant gewesen, er hat sogar eine ungewöhnlich große Menge Alkohols vertragen, und sein pathologischer Rausch ist im Versuch sogar erst eingetreten, nachdem der gewöhnliche Rausch mit nahezu völliger Aufhebung des Bewußtseins, Lähmung aller willkürlichen Motorik und allgemeiner Erschlaffung in sein Endstadium getreten war, und nachdem Spieter dann über 15 Minuten lang sinnlos berauscht auf dem Boden gelegen hatte. Manche Umstände, die eine Intoleranz gegen Alkohol bedingen, mögen bei anderen Personen auch die Neigung zum pathologischen Rausch fördern, aber es müssen offenbar noch davon wesensverschiedene Faktoren hinzukommen. Der Fall Spieter lehrt jedenfalls, daß ein Mann, noch dazu ein Hirngeschädigter, sehr reichliche Mengen Alkohols vertragen und doch zum pathologischen Rausch disponiert sein kann. Dies dürfte auch für den pathologischen Rausch manches anderen gelten. Vielleicht schwankt überdies, wie schon angedeutet wurde, bei den gleichen Personen gelegentlich, unabhängig von der grundsätzlich vorhandenen Neigung zum patho-

logischen Rausch, die Menge Alkohols, die nötig ist, um ihn auszulösen. Dies läßt sich schon aus den allgemeinen Schwankungen der Disposition folgern. Aus diesen Erwägungen heraus scheint mir die im übrigen gut durchdachte Einteilung der pathologischen Rauschzustände von *Stier*, weil sie nämlich auf dem Begriff der Intoleranz aufgebaut ist, nicht ohne weiteres brauchbar. Spieter hat den pathologischen Rausch nicht an Stelle eines anderen Rausches (wie gelegentlich über die Beziehungen zwischen gewöhnlichem und pathologischem Rausch behauptet wird), sondern nach einem anderen Rausch bekommen. Auch die Ansicht von *B. Pfeifer*, die Alkoholintoleranz der Hirnverletzten betreffe in erhöhtem Maße die traumatischen Epileptiker, stimmt hier nicht: Spieter verträgt viel Alkohol.

Genauere Untersuchungen darüber, ob alkoholische Getränke bestimmter Art das Auftreten solcher Ausnahmezustände begünstigen, liegen wohl noch nicht vor. Bei Spieter ist es in beiden Fällen neben reichlichem Biergenuß der Schnaps gewesen, wozu ein leerer oder nur wenig gefüllter Magen kam. Möglicherweise bedurfte es am Abend vor der Tat nicht einmal mehr größerer zusätzlicher Mengen von Schnaps, nachdem eine Berauschheit durch Bier eingetreten war. (Vielleicht ist übrigens auch die berauschende Wirkung von ins Bier geschüttetem Schnaps nicht nur auf eine gewöhnliche Summation der Alkoholmengen zurückzuführen, sondern auf eine besonders geartete Zusammenwirkung beider.) Wieviel Schnaps Spieter am Abend vor der Tat getrunken hat, ist unbekannt. Die Schnapsflasche ist ihm von der Frau E. fortgenommen worden, bevor er in den Ausnahmezustand gekommen war. Im Alkoholversuch ist dem Spieter eine sehr erhebliche Menge Schnapses neben dem Bier gereicht worden, schon um auf jeden Fall eine kräftige, dem Zweck genügende Alkoholwirkung zu erzielen.

Es sind recht verschiedene Arten abnormer Persönlichkeiten, die nach dem Schrifttum eine Neigung zu pathologischen Räuschen haben. *Kraepelin* schreibt, es seien besonders Epileptiker, Hysteriker und Psychopathen, und *Bumke* vertritt die gleiche Meinung. Wahrscheinlich sind überhaupt die pathologischen Räusche, auch wenn selbstverständlich der Alkoholgenuß eine unerläßliche Vorbedingung ist, unter sich nichts Einheitliches, soweit es sich um die Eigenart der abnorm reagierenden Persönlichkeit und damit auch um die pathophysiologischen Zwischenglieder und die Beziehungen dieser zum psychischen Geschehen handelt. Die Beobachtungen der unterschiedlichen Wirkung chronischen Alkoholgenusses je nach der Persönlichkeit und der Art des genommenen Mittels und der individuell verschiedenen Reaktionsarten auf andere Gifte nach akuter Zuführung legen diesen Gedanken nahe.

Mit Vorliebe scheinen, ganz allgemein, die erregbaren, explosiblen Psychopathen pathologische Räusche zu bekommen,

wenngleich dies nicht die einzigen abnormen Persönlichkeiten mit solcher Disposition sind. Nun stellen die Psychopathen dieser Art keinen einheitlichen Typus dar, sie sind lediglich nach einem charakterologischen (Erregbarkeit) oder einem soziologischen Merkmal (Explosibilität) zusammengefaßt (*Kurt Schneider*). Dahinter verbirgt sich Verschiedenes. Es sei kurz darauf eingegangen, weil sich hieraus ein Verständnis für die Möglichkeit verschiedenartiger Entstehungsweisen pathologischer Räusche ergibt. Das Vorkommen gleicher Zustandsbilder bei unterschiedlichen krankhaften Grundvorgängen physiologischer oder psychologischer Art ist ja auch sonst in der Medizin nicht selten.

Bei näherem Zusehen heben sich nämlich zwei Gruppen der erregbaren oder explosiblen Psychopathen ab. Die eine Gruppe wird von Persönlichkeiten gebildet, die vorschnell auf Reize ansprechen, also eine niedrige Reizschwelle haben, die leicht erregbar sind, sich dann nicht mehr zügeln können und es auch gar nicht wollen, mit oft ausgeprägter Neigung zu psychogenen Reaktionen verschiedenster Art, auch zu Umdämmerungen oder Anfällen, Leute, deren Gesamtpersönlichkeit ohne rechte Tiefe erscheint, flach und unecht wirkt. Unter den Versagern im Weltkrieg, unter den Kriegsverletzten mit abnormen seelischen Reaktionen und den sog. Rentenneurotikern sind sie häufig vertreten. Die Erregung kommt bei ihnen so zustande, als ob ein niedriges Gefäß vorschnell überläuft. Ihre Reaktion geschieht aus Schwäche, sie sind auf der Flucht und in der Abwehr, auch wo sie angreifen.

Die andere Gruppe der Erregbaren und Explosiblen setzt sich aus kräftigen Naturen zusammen, von der Art der Epileptoiden. Könnte man die vorige Gruppe besser „die Erregbaren" nennen, so diese im besonderen „die Explosiblen". Nicht Flucht, sondern Aktivität, Angriffstendenz herrschen hier vor, sobald es zu einem Erregungszustand kommt. Gewiß werden beide Gruppen in der Erregung gefährlich für die Umgebung, aber die Mechanismen sind ganz verschieden. Zwar kommt bei beiden Gruppen ein konstitutionell bereitliegendes Geschehen zum Ablauf. Im Gegensatz aber zur Umschaltung aus Angst, Flucht, Abwehr selbst noch durch das Mittel des Bewegungssturmes und mit Angriffen auf die Umgebung bei der ersten Gruppe scheint bei der zweiten ein Pulverfaß durch einen Funken entzündet zu werden. Es kommt eine starke, angestaute Energie zur Entladung. Die Gesamtpersönlichkeit hat ungleich mehr Tiefe, mehr Resonanz. Man könnte beide Gruppen auch als Schwächlich-Erregbare und Kräftig-Erregbare gegenüberstellen. Jedenfalls sind die Art der Erregbarkeit und

manches im Verhalten während der Erregtheit verschieden, im besonderen aber der Mechanismus, der bei beiden durch den Reiz in Bewegung gesetzt wird.

Auch die eigentlichen psychogenen Erregungszustände psychotischen Ausmaßes, für die wir wie erst recht bei der Entstehungsweise des pathologischen Rausches bestimmt geartete Schaltungen mit organischen Vorgängen im Gehirn, im Gefäßsystem und vielleicht auch humoraler Art annehmen möchten, dürften bei den beiden Gruppen je nach Art der Persönlichkeit etwas anderes sein, und dasselbe darf für die psychogenen Anfälle bei beiden gelten. Nicht ohne Grund bereiten die früher „affekt-epileptisch" genannten Anfälle der zweiten Gruppe der Erregbaren auch heute noch oft diagnostische Schwierigkeiten, weil diese Anfälle sich von den „typisch" psychogenen der ersten Gruppe unterscheiden und trotz ihrer Beziehung zum Affekt, also zur seelischen Entstehung, besser Auslösung, doch anders, „organischer" wirken, bei anderen Persönlichkeiten vorkommen und Beziehungen zu epileptischen Anfällen zeigen. Schließlich dürfte auch das Anfallsgeschehen im Kardiazolkrampf, um ein weiteres Beispiel zu nennen, anders bei einem erregbaren „Psychastheniker" als etwa bei einem Epileptiker mit Anfallsbereitschaft oder wieder bei einem „epileptoiden" Psychopathen sein, obwohl bei allen die Reizschwelle herabgesetzt ist und der Anfall äußerlich etwa gleich verläuft. Inwieweit die pathologischen Räusche oder die gar nicht so seltenen seelisch bedingten Erregungszustände bei Epileptikern und die entsprechenden Störungen bei der näher umrissenen zweiten Gruppe der explosiblen Psychopathen auf gleiche anlagebedingte Bereitschaften zurückzuführen sind oder nicht, muß heute noch offen bleiben.

Spieter bringt von Haus aus seiner Konstitution nach manches mit, das das Entstehen eines pathologischen Rausches und im besonderen eines Dämmerzustandes begünstigen kann. Er ist von ausgesprochen athletischem Körperbau, und psychisch gehört er zu der Gruppe der primitiv strukturierten, erregbaren, explosiblen und affektlabilen Psychopathen von epileptoider Art und Haltung in dem oben bezeichneten Sinne. Spieter gehört einer durch ihre leibseelische Gesamtverfassung besonders charakterisierten und heraushebbaren Gruppe der explosiblen Psychopathen an, und man könnte sagen, daß, wenn schon ein Konstitutionstyp zu derartigen Reaktionen nach Alkoholgenuß disponiert sein sollte, dann Spieter von dieser Art gewesen ist.

Ob Spieter auch ohne Hirnverletzung bei länger dauerndem Alkoholmißbrauch pathologische Räusche bekommen hätte, wie sie auch bei alten

Trinkern, hier als Folge der chronischen Schädigung, und keinesfalls nur, wie gelegentlich im Schrifttum behauptet wird, nur bei jungen Menschen beobachtet werden, ist natürlich nicht zu entscheiden. Man darf in der Hirnverletzung eine wesentliche und wohl unerläßliche Vorbedingung für das Zustandekommen der pathologischen Räusche des Spieter sehen. Viele Hirnverletzte werden alkoholintolerant, und zwar anscheinend aus zwei Ursachen: entweder durch vorzeitiges Eintreten der Berauschtheit oder durch Steigerung der Mißempfindungen. Spieter hat dagegen auch nach der Verletzung weiterhin sehr viel Alkohol vertragen. Im Alkoholversuch mußten ihm sogar ungewöhnlich große Mengen zugeführt werden, bis er allmählich berauscht wurde. Der daraus herzuleitende Wesensunterschied zwischen Intoleranz und Disposition zum pathologischen Rausch wurde schon erwähnt.

Es liegt nahe, an Beziehungen der Art und besonders der Lokalisation der Hirnverletzung zur Alkoholintoleranz oder zur Disposition für pathologische Räusche zu denken, entsprechend den unterschiedlichen Funktionsausfällen und allgemeinen Störungen bei Hirnverletzten, unter Einrechnung selbstverständlich der übrigen dauernd oder vorübergehend disponierenden Umstände. Beobachtungen oder experimentelle Untersuchungen hierüber gibt es wohl nicht, während solche über die Alkoholwirkung schlechthin bei Hirngeschädigten vorliegen. Es wäre auch an die Möglichkeit von Beziehungen zwischen der Art der abnormen Alkoholreaktion (Erregung, Umdämmerung, Anfall, Delir usw.) und der Lokalisation der Verletzung zu denken. Eigenheiten der Anlage und der übrigen dauernden und augenblicklichen Disposition einschließlich der Tatsache des Hirnschadens überhaupt würden dann lediglich allgemein zum pathologischen Rausch, nicht aber zu seiner jeweils besonderen Eigenart führen. Die Seltenheit pathologischer Räusche bei Hirnverletzten wird auch hier einschlägige Beobachtungen sehr erschweren.

Eine genauere Unterscheidung der durch die Verletzung herbeigeführten von den in der Anlage der Persönlichkeit gegebenen Anteilen der Disposition zum pathologischen Rausch ist nur schwer und vielleicht praktisch überhaupt kaum möglich. Bei Spieter hat die Schädelverletzung über dem linken Scheitellappen gesessen, doch sind auch noch anders lokalisierte Störungen zu vermuten. Daß Spieter auch ohne Alkoholgenuß Neigung zu kurz dauernden Bewußtseinsveränderungen zu haben schien, könnte seine Neigung, im pathologischen Rausch im besonderen die Kennzeichen des Dämmerzustandes zu zeigen, näher erklären. Beim Zustandekommen von pathologischen Räuschen ist in jedem Falle ein krankhaftes Geschehen zugleich auch im Hirnstammgebiet anzunehmen (*Bonhoeffer*). Es darf vermutet werden, daß Stoffwechselstörungen mitwirken, wie noch ausgeführt werden wird.

Spieter genießt schon seit längerer Zeit regelmäßig Alkohol. Zwar ist ein wesentlicher Einfluß des erst seit einigen Jahren bestehenden chronischen schweren Mißbrauchs auf die Entstehung

seiner pathologischen Räusche abzulehnen, zumal er schon vor Jahren derartige Ausnahmezustände gehabt hat; jedoch ist daran zu denken, daß der chronische Alkoholgenuß, welcher nach *Bonhoeffer* die delirante Form des pathologischen Rausches begünstigt, während der epileptoide Rausch jüngere Menschen bevorzugt, an einigen Eigenheiten des von Spieter gebotenen Zustandsbildes im Ausnahmezustand, vor allem den sehr reichhaltigen Sinnestäuschungen wie überhaupt einer gewissen deliranten Färbung, beteiligt gewesen ist. Auch sonst sind die durch den Mißbrauch gesetzten Veränderungen der Persönlichkeit bei dem unberauschten wie auch bei dem unter Alkoholwirkung stehenden Spieter deutlich gewesen.

Man hat versucht, den Zustandsbildern nach, Arten pathologischer Räusche zu unterscheiden. Jeder Psychiater weiß aus Erfahrung, daß selten reine Formen in dem Sinne dieses oder jenes Autors vorkommen, und daß meist eine Mischung der theoretisch unterschiedenen Arten vorliegt. Lediglich die schon erwähnte und offenbar aus reicher eigener Anschauung stammende Einteilung von *Bonhoeffer* dürfte über eine Beschreibung von möglichen Zustandsbildern hinaus eine innere sachliche Berechtigung haben; sie weist auf die unterschiedliche Etstehungsweise bzw. auf die abweichende persönliche Reaktionsart hin, die zwischen dem „üblichen", wohl häufigsten pathologischen Rausch meist jüngerer Leute, dem Rausch epileptoider Färbung mit dem Vorwiegen allgemeiner, vor allem motorischer Erregung, und andererseits dem wohl eine Sonderform darstellenden deliranten Rausch älterer Trinker besteht. Hierzu kämen noch Dämmerzustände im engeren Sinne, bei Klarheit des Bewußtseins und scheinbar unauffälligem Verhalten, und weiter manche uncharakteristischen pathologischen Räusche. Diese sind vielleicht zum Teil überhaupt nur auffällig gestaltete, individuell besonders gefärbte gewöhnliche Räusche, die äußerlich von gewissen pathologischen Räuschen schwer zu unterscheiden, dennoch ihrer Entstehungsweise nach von ganz anderer Art sind und etwa bei Personen eintreten, bei denen die erregende Wirkung des Mittels gegenüber der lähmenden nach Stärke und Dauer sehr überwiegt. Bekanntlich gibt es umgekehrt Menschen, welche die erregende Wirkung höchstens andeutungsweise, die lähmende aber schon nach geringen Mengen stärkstens zeigen.

Dagegen scheint, wie auch *A. Heidenhain* betont, derselbe Mensch in seinen pathologischen Räuschen immer etwa die gleiche Form zu zeigen, analog der persönlichen Reaktionsart üblicher Form auf den Alkoholgenuß in der bekannten und recht erheblichen Spielbreite. Ob die früheren Ausnahmezustände des Spieter nach Alkoholgenuß von den beiden letzten, gut bekannten, dem Ausmaß, vielleicht auch der Art nach verschieden gewesen sind, ist schwer zu entscheiden, weil Beobachtungen fehlen und die Kenntnis dieser Zustände lediglich aus den Angaben des Spieter hierüber stammt. So muß ungeklärt bleiben, ob es Dämmerzustände

im engeren Sinne gewesen sind oder Zustände, die wie die beiden Ausnahmezustände in der Tatnacht und im Versuch die Kennzeichen eines epileptoiden pathologischen Rausches getragen haben. Diese Symptome der beiden Ausnahmezustände, besonders des letzten, waren: starke Veränderung und Trübung des Bewußtseins, Verwirrtheit, Sinnestäuschungen verschiedenster Art mit szenischem, oft wechselndem Erleben und mit Personenverkennung, wahnhaften Einstellungen und Wahnideen, auffallend wenig gestörter Motorik, vor allem im Vergleich mit dem vorher gebotenen Zustand nahezu vollständiger Alkohollähmung, weiter als zentrales Symptom eine starke Angst, Selbstmordabsichten, Neigung zu rücksichtslosem Vorgehen gegen die Umgebung und gegen sich selbst und schließlich schwere Störungen der Stimmung, der rasch wechselnden Affekte und der Willensfunktionen. Im ganzen ergab sich so im Versuch ein ausgesprochen psychotisches Bild, wie es vor allem in epileptischen Dämmerzuständen beobachtet wird. Die Diagnose eines epileptoiden Rausches nach *Bonhoeffer* gegenüber dem deliranten Rausch ist danach nicht schwer, wenngleich Spieter auch delirante Symptome geboten hat.

Der pathologische Rausch entwickele sich, so heißt es, aus dem gewöhnlichen, oft schon nach geringen Mengen (*Meggendorfer*), und zwar könne dies in jedem Stadium des gewöhnlichen Rausches eintreten. Dem ist zuzustimmen, sofern man lediglich an einen zeitlichen Zusammenhang und an die gemeinsame unerläßliche Bedingung des vorhergegangenen Alkoholgenusses denkt. Es stimmt aber nicht, wenn damit zugleich eine Fortentwicklung oder Steigerung des gewöhnlichen Rausches gemeint sein soll. Die Tatsache, daß der pathologisch Berauschte im Gegensatz zu dem üblicherweise Berauschten Kraft und Sicherheit der Bewegungen zeigt, wird von *Meggendorfer* darauf bezogen, daß die geistige Störung schon einsetze, ehe der Alkohol zu einer Lähmung der Koordination führen könne. Nun zeigen aber manche Fälle, bei denen wie auch bei Spieter sich der pathologische Rausch erst nach größeren Mengen Alkohols entwickelt, daß Kraft und Sicherheit nach vorhergegangener mehr oder minder ausgeprägter Lähmung wiederkehren können. Der pathologische Rausch ist, wie sich schon daraus ergibt, offenbar etwas grundsätzlich anderes als der übliche Rausch, etwas Neues, eine Art Umschlag. Die Anschauung von *A. Heidenhain* und anderen, daß sich der pathologische Rausch aus dem gewöhnlichen Rausch entwickle, und daß es alle Übergänge zwischen beiden gebe, ist vielleicht dadurch entstanden und verständlich, daß es — zumal unter den Beobachtungsschwierigkeiten

im täglichen Leben, bei der Berauschtheit oder Angetrunkenheit der Umgebung — meist nicht bemerkt werden kann, wann aus dem gewöhnlichen der pathologische Rausch wird. Erst auffällige Reden oder Handlungen lassen den zuvor lediglich angetrunkenen oder Betrunkenen nunmehr als anders oder als gefährlich erkennen. Weiter scheinen, wie schon angedeutet, manche Erregungszustände lediglich Sonderformen des gewöhnlichen Rausches zu sein, individuelle Reaktionsweisen ungewöhnlicher Gestaltung, die Steigerung psychopathischer Wesenszüge bei erregbaren Menschen, ohne daß diese Zustände mit echten pathologischen Rauschzuständen gleichzusetzen wären. Diesen liegt vielmehr in jedem Falle eine Regulationsstörung besonderer Art zu Grunde.

Das ist die Lehre, die der Fall Spieter gibt, weil sich hier in glücklicher Weise der pathologische Rausch nicht zu einem beliebigen Zeitpunkte vor Beendigung des gewöhnlichen Rausches eingestellt hat, wodurch unklare Bedingungen geschaffen werden, beide Zustände sich zeitweilig vielleicht sogar einmal überdecken können, sondern erst nach Ablauf des üblichen Rausches bis zu seinem Ende mit Volltrunkenheit und starker Schlafneigung. Lag doch Spieter schließlich nur noch lallend und sinnlos betrunken am Boden, bis dann erst nach einer Pause der pathologische Rauschzustand mit Wiederkehr des Bewußtseins, der Bewegungs- und Sprachfähigkeit usw. sich einstellte.

Nur bei *E. Bleuler* habe ich den vermutlich auf eigene Erfahrung gegründeten Hinweis gefunden, daß die Berauschten einschlafen und dann geweckt in Wut geraten, sich bedroht glauben und in diesem Zustande bis zu mehreren Stunden verweilen können. Über das Ausmaß der vor dem Einschlafen vorhandenen Trunkenheit macht *Bleuler* keine Angaben, doch dürfte er einen sehr erheblichen Grad von Trunkenheit gemeint haben. Das Wecken dürfte dabei ähnlich wie eine starke Gemütsbewegung wirken, die ebenfalls den Umschlag zum pathologischen Rausch auslösen kann.

Wie sich die Vorgänge bei dem Rausch des Spieter am Tage der Tat abgespielt haben, kann gut vermutet werden. Jedenfalls hat auch damals zunächst ein gewöhnlicher Rausch bestanden, bis es dann zum pathologischen Rausch gekommen ist, bevor, anders als im Versuch, eine völlige allgemeine Lähmung eingetreten war. Bei seinem Besuch der Familie K. hat Spieter schon, wie es für pathologisch Berauschte typisch ist, den Eindruck eines verwirrten, nicht aber eines betrunkenen Mannes gemacht, und auch als er etwas später vor dem Sägewerk sein Rad schiebend gesehen wurde, fielen seine Bewegungen nicht als die eines Berauschten auf.

Es ist bei den verschiedensten Formen pathologischer Rauschzustände beobachtet worden, am ausgeprägtesten freilich bei den Personen im Dämmerzustand, daß die Motorik wenig oder überhaupt nicht auffällig verändert ist, im Gegensatz zu dem gewöhnlichen Rausch. Tatsächlich ist es höchst bemerkenswert, wie beispielsweise Spieter im Alkoholversuch nach völliger Erschöpfung und Lähmung plötzlich wieder Herr seiner Motorik und seiner Sprache geworden ist, und wie er, wenn auch sinnlos, wieder zu handeln vermocht hat. Ebenso erstaunlich ist es, daß dieser Umschwung nahezu schlagartig eingesetzt hat. Diese plötzliche Wandlung des gewöhnlichen zum pathologischen Rausch ist zwar, etwa als Wirkung einer besonderen Gemütsbewegung, beispielsweise beim Erscheinen eines Schutzmannes oder nach einer harmlosen mißverstandenen Bemerkung, gelegentlich beschrieben worden, sie verliert aber dadurch nichts an ihrer Auffälligkeit, besonders wenn die Tatsache dem Beobachter so ausgeprägt wie im Fall des Spieter entgegentritt. Es handelt sich hierbei offenbar um eine plötzlich sich vollziehende Umschaltung im nervösen Zentralorgan. Man kann diesen Vorgang etwa mit dem plötzlichen Einsetzen eines psychogenen Dämmerzustandes, ebenfalls nicht selten verbunden mit einer Umstellung der gesamten Motorik, vergleichen, noch besser aber wohl mit der plötzlichen Wirkung starker psychischer Einflüsse, zum Beispiel einer Gemütsbewegung, auf Katatone, die dadurch schlagartig gesund erscheinen können. Auch hier macht eine organisch, nämlich durch Vergiftung bedingte Hirnstörung plötzlich einem anderen Zustand Platz, unter Umständen für lange Zeit. Der Vergleich der Entstehung durch Vergiftung und des Umschlages im pathologischen Rausch mit dem Beispiel des Geschehens bei schizophrenen Zustandsbildern darf vielleicht als Stütze der Auffassung dieser Störungen als einer Hirnvergiftung und jedenfalls gegen ihre Deutung als primäre Hirnkrankheiten verwendet werden; bei einer primär organischen Hirnerkrankung wäre eine derartige schlagartige Wirkung schwer vorstellbar.

Das Umgekehrte, dem Mechanismus nach aber sehr Ähnliche, nämlich daß Berauschte unter der Einwirkung von Gemütsbewegungen plötzlich nüchtern werden können, ist wiederholt im Schrifttum erwähnt worden. *Kraepelin* führt in seinem Lehrbuch das eigene Beispiel an. Bei meinen Selbstversuchen mit Alkohol in der alten Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie am Bavariaring in München, die noch unter *Kraepelin* und dem damaligen Abteilungsleiter *O. Graf* angestellt wurden, habe ich eine ähnliche Beobachtung gemacht: Beim Erscheinen eines Freundes blieb plötzlich, aus Scham betrunken zu erscheinen, die sonst sehr kräftige Alkoholwirkung objektiv schlagartig ganz aus, und auch subjektiv war sie zum größten Teil

behoben. In beiden Fällen aber, bei plötzlicher Ernüchterung wie im Beginn des pathologischen Rausches, werden starke zerebrale Giftwirkungen beseitigt, um entweder einem mehr oder minder normalen Verhalten oder aber einer ganz andersartigen Giftwirkung Platz zu machen. Es wäre vielleicht lohnend, nähere Untersuchungen psychologischer, psychotechnischer und pharmakologischer Art über die Erscheinung der plötzlichen, sich unbewußt oder auch bewußt vollziehenden Ernüchterung anzustellen. *O. Graf* hat verschiedene psychische Wirkungen bei gleicher Alkoholblutkonzentration beobachtet.

Die Vorstellung der hirnphysiologischen bzw. pathophysiologischen Vorgänge, nach denen sich diese Umschaltung vollzieht, sei es zur Ernüchterung, sei es zum pathologischen Rausch, bereitet erhebliche Schwierigkeiten. Der besonders im Fall des Spieter sehr schön zu beobachtende gleichzeitige Umschlag vom Schlaf zum Wachzustand, wie auch die, wie man sagen könnte, motorische Ernüchterung, lassen an Beziehungen zum Schlafzentrum oder zu verwandten Zentren denken. *Bonhoeffer* hat an Beziehungen der Alkoholüber- und unterempfindlichkeit zum Hirnstammgebiet gedacht, unter Hinweis auf Störungen der Schlafregulation und auf die Tatsache, daß sich diese nicht selten mit einer Toleranzänderung verbindet. Auch sind nach *Bonhoeffer* die Kranken mit Parkinsonismus unterempfindlich gegen Alkohol, und beim postenzephalitischen Blickkrampf wird eine Toleranzsteigerung gegenüber Schlafmitteln beobachtet, so wie auch die pathologisch Berauschten nach Mitteilungen im Schrifttum unterempfindlich gegen die üblichen Schlafmittel, selbst in hohen Dosen, sein sollen. Ferner scheinen mir auch Stoffwechselvorgänge beim Entstehen des pathologischen Rausches beteiligt zu sein, eher wohl als Ursache denn als Folge. *Seelert* hat hypoglykämische Ausnahmezustände beschrieben, die sich nicht von pathologischen Räuschen unterschieden. Die von ihm gebrauchte Formulierung, es seien hierbei vegetativ-hormonale Funktionsstörungen beteiligt, bezeichnet allgemein das Gebiet, auf dem sich offensichtlich diese Vorträge pathophysiologisch abspielen. Erwähnenswert ist sein Hinweis, daß die gleichen ursächlichen Bedingungen wie Hunger, körperliche Überanstrengung, Affekterregungen oder Krankheiten sowohl den pathologischen Rausch begünstigen wie zur Hypoglykaemie führen können. Bei Spieter haben sowohl ein nahezu leerer Magen wie gemütliche Erregungen in beiden Fällen, sowohl vor der Tat wie vor und bei dem Versuch, mitgewirkt. Andererseits darf man aber auch nicht vernachlässigen, daß durch das Bier, weniger durch den Schnaps, Kohlehydrate zugeführt werden. Stoffwechseluntersuchungen, auch Blutzuckerkurven (dagegen kaum Einzelbestimmungen) an pathologisch Berauschten dürften das Problem einer Klärung näher bringen können.

Neben dem Hirnstammgebiet sind wahrscheinlich auch noch andere Hirnteile beim Zustandekommen und am Zustandsbild des pathologischen Rausches unmittelbar beteiligt. Es sei an die extrakortical gelegene Erscheinung der Bewußtseinstrübung, der Eigenbeziehungen und der Angst erinnert und daran, daß *Kleist* die am häufigsten bei leichter Umdämmerung auftretenden Sinnestäuschungen deliranter Art mit szenenhaftem Erleben vornehmlich optischen Charakters, die dem Erleben im Schlaf verwandt sind, und die daraus folgende Desorientiertheit sowie die überhaupt damit verbundene allgemeine Verschiebung des seelischen Erlebens als einen seelischen Mangelzustand bezeichnet und auf eine ins Zwischenhirn zu legende Störung zwischen Wahrnehmen und Vorstellen bezogen hat. *Többen* hebt die

Zusammenhänge zwischen Traumleben, Brandstiftungen und Lustgefühlen hervor. Die nicht selten gerade vor der Tat und bis zu ihr vorhandenen Unlustgefühle wären ergänzend hinzuzurechnen.

Nach Beendigung des im Versuch dargebotenen Ausnahmezustandes durch den mit Pernokton noch vertieften Schlaf hat Spieter am nächsten Tage ebenso wenig eine Erinnerung an die Vorgänge im Ausnahmezustand und eine nur sehr lückenhafte Erinnerung an den vorhergegangenen Rausch gehabt, wie auch jede Erinnerung an die Brandstiftung bei ihm gefehlt hat. Dagegen haben noch tagelang danach verstärkte Stimmungsschwankungen bestanden, wie oben des näheren beschrieben worden ist, ähnlich einer Beobachtung von *Schroeder*.

G. Der Alkoholversuch

Der Alkoholversuch ist ein gutes Hilfsmittel der klinischen Diagnose. Er kann, wie der Fall Spieter zeigt, auch bei der forensischen Beurteilung, selbst bei schwierigeren Fällen, wertvolle Dienste leisten. Wie es scheint, ist er in der letzten Zeit, zu Unrecht, etwas in Vergessenheit geraten. Oft ist es bei Straftaten, die unter der Einwirkung von Alkohol begangen worden sind, nicht möglich, sich nach den Zeugenaussagen, dem Tatbestand oder den Angaben des Täters allein ein annähernd sicheres oder auch nur zureichendes Bild zu machen. Die heute übliche Widmarksche Mikromethode der Alkoholbestimmung kann in solchen Fällen oft nicht angewandt werden, da der Täter nur selten genügend rasch nach der Tat einer Blutentnahme zur Bestimmung der Alkoholkonzentration unterzogen werden kann. Bei pathologischen Rauschzuständen versagt diese Methode überhaupt, wie *O. Graf* hervorhebt. Fast stets ist hier schon bekannt, daß der Täter Alkohol genossen hat; über die persönliche Reaktionsart auf die Alkoholzuführung und über die Neigung zu pathologischen Rauschzuständen kann die Methode keinen Aufschluß geben. *Graf*, der sich seit langem mit diesen Fragen befaßt hat, warnt überhaupt vor einer Überschätzung der quantitativen Werte und einer Unterschätzung der individuellen Reaktionsart. Hier ist der Alkoholversuch das Mittel der Wahl.

Kraepelin und seine Schüler haben den Alkoholversuch so angestellt, daß in einem Vorversuch und nach Aufnahme einer bestimmten Menge Alkohols in mehreren Hauptversuchen mit dazwischenliegenden Pausen einige einfache geistige und körperliche Leistungen geprüft werden. Das Schrifttum hierüber ist zahlreich. *Graf*, ein Schüler *Kraepelins*, hat zur Erfassung eines vielleicht nur kurzen, gerade in die freie Zeitspanne fallenden Erregungszustandes anstelle des Stichprobenversuchs die fortlaufende, pausenlose Untersuchung gesetzt. Der Alkoholversuch hat in solcher Form den großen Vorteil einer guten Vergleichbarkeit bei nahezu laboratoriumsmäßiger

xaktheit. Dagegen ist eingewendet worden, daß derartigen Verıchen die Wirklichkeitsnähe fehle. Schon *Johannes Lange* und *Haas* aben eine klinische Beobachtung während des Versuchs durch nen erfahrenen Psychiater für unerläßlich gehalten. Tatsächlich t auch eine sowohl objektive wie — bei geeigneten Versuchsersonen—subjektive Registrierung der allgemeinen Alkoholwirkung ıf die Persönlichkeit nicht selten von gleichem, ja größerem Wert ls die zahlenmäßigen Ergebnisse. Der Einwand, daß durch die ersuchsbedingungen infolge der damit gesetzten psychischen Einüsse die Alkoholwirkung verändert werde, ist ebenso richtig wie ie Bemerkung von *Graf*, daß höchstens eine Verkleinerung der Virkung eintrete. Jedoch ist eine solche Beeinflussung nur bei ınem Teil der Untersuchungsfälle, etwa nach Verkehrsunfällen, ·agbar und dann sogar möglicherweise von Wert für den Unterıchten, indem sie einen für ihn zu ungünstigen Ausfall des Verıches verhütet. Dort aber, wo man die persönliche Reaktionsart uf Alkoholzuführung und die Neigung zu abnormen Reaktionen rfassen will, wo es also auf eine gute und vollständige Alkoholwirung ankommt, können diese Einflüsse erheblich stören.

Bisher ist der Alkoholversuch kaum in Beziehung zu pathologichen Rauschzuständen gesetzt worden. Die Methode von *Kraepelin* ann dafür auch in ihren Abänderungen nicht genügen, da die 'erlaufsart des gewöhnlichen Rausches nicht ohne weiteres mit dem lötzlich zu einem bestimmten Zeitpunkte, manchmal erst nach oller Berauschtheit, einsetzenden pathologischen Rausch verlichen werden kann. Man darf die Disposition zum pathologischen Rausch, der ja auch längst nicht immer bei der gleichen Person ıach Alkoholgenuß oder nach der gleichen Menge auftritt, weder nit der nie so stark schwankenden individuellen Reaktion nach eder Alkoholaufnahme noch mit sonstigen auffälligen Alkoholeaktionen etwa bei Psychopathen oder überhaupt Intoleranten gleichsetzen. Die von *Graf* angegebene Verbesserung läßt zwar usgezeichnet noch vollständiger die persönliche Reaktionsart auf Alkoholzuführung erkennen, also etwa, ob rasch eine starke Wirung eintritt, oder ob ein langsames Ansteigen mit plötzlicher Wirkungsverstärkung zu verzeichnen ist, oder ob die Wirkung allmählich gleichmäßig anwächst und wie sich im Verlaufe der Wirkung deren beide Komponenten Erregung und Lähmung verhalten. Die Beobachtung *Grafs* über eine vorübergehende geringe Remission im Verlauf der Schädigung, die auch subjektiv empfunden werde und die eintrete, bevor die lähmende Wirkung stärker werde, könnte möglicherweise im gewöhnlichen Rausch das Korrelat zu

jenem Umschlag darstellen, der, besonders hinsichtlich der Motorik, oben als kennzeichnend für den pathologischen Rausch näher beschrieben worden ist. Im übrigen aber dürfte wohl keines der Ergebnisse aus dem gewöhnlichen Rausch ohne weiteres mit dem Verhalten im pathologischen Rausch vergleichbar sein. Vor allem kann man nicht eine im Alkoholversuch nach *Kraepelin* und seinen Schülern auftretende vorübergehende Erregung die in gewissem Umfange zu jeder Alkoholwirkung gehört, auch wenn sie einmal stärker sein oder länger dauern sollte, mit einer Neigung zum pathologischen Rausch gleichsetzen. Viele Personen, die unter Alkoholeinwirkung Erregungen zeigen, haben keinerlei Neigung zum pathologischen Rausch, zumindest ist eine solche Beziehung nicht bewiesen; sie wird auch kaum beweisbar sein, da bei der überwiegenden Mehrzahl der etwa eine solche Erregung im Versuch zeigenden Personen die Vorbedingungen zur Entstehung eines pathologischen Rausches fehlen und auch kein Grund gegeben ist, aus der Vorgeschichte derartiges zu vermuten. Wie die aus meinen Versuchprotokollen stammende Schriftprobe des fortlaufenden Addierens beweist, die *Kraepelin* in der 9. Auflage seines Lehrbuchs als Beispiel bringt, hat nach mittelstarker Alkoholgabe vorübergehend eine erhebliche Erregung bestanden. Diese hat dann aber bald Lähmungserscheinungen Platz gemacht, ohne daß Erscheinungen eines pathologischen Rausches aufgetreten wären oder eine solche Neigung zu vermuten gewesen wäre, wie die ausführliche Schilderung der objektiven und subjektiven Veränderungen unter der Alkoholwirkung in der Originalarbeit zeigt. Das von *Graf* einer neueren Arbeit von ihm wieder als Beispiel beigegebene Protokoll meines Ergographenversuchs beweist mit der deutlich die zunächst erhebliche, dann schwächere Erregung zeigenden Schriftveränderung dasselbe. *Graf* nennt die Blutalkoholkonzentration und die psychische Wirkung nur lose gekoppelte Faktoren. Er nimmt ein veränderliches Zwischenglied zwischen den beiden an und meint, vieles spreche dafür, daß dieses Zwischenglied der Gefäßapparat sei. Daneben kommen aber vielleicht, zumindest für den pathologischen Rausch, noch andere Wirkungen hinzu. Man darf mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit ein toxisches Stoffwechselprodukt vermuten.

Wiederholt sind seit längerem, wie *Meggendorfer* berichtet, Hinweise auf eine möglichst wirklichkeitsnahe Anstellung von Alkoholversuchen gegeben worden, ja unter getreuer Herstellung der gewohnten oder einer tatnahem Situation. So wird man auch leichter als unter den etwas starren Bedingungen der experimentell-psycho-

logischen Versuchsanordnung die allgemeine Reaktionsart des Organismus auf die Alkoholzuführung erkennen können, also etwa, ob die Stimmung dabei heiterer oder trauriger, die Affektlage gereizter, die Haltung gespannter wird, ob stärkere Erregungen eintreten, oder ob sich schnell ein Lähmungsstadium oder die Neigung zum Schlaf entwickelt, oder ob und in welcher Weise die verschiedenen Veränderungen aufeinander folgen. Bei meinen Selbstversuchen im *Kraepelin*schen Institut habe ich noch reinen Alkohol in der geschmackswidrigen Form mit Wasser und Himbeersaft verdünnt genommen. *Graf* hat dann später die Unterschiede der verschiedenen Alkoholkonzentrationen und Getränksorten (Wein, Bier, Schnaps) untersucht.

Seit einigen Jahren führe ich bei allen Kriminellen, die zur Begutachtung eingewiesen worden sind und ihre Tat unter Einwirkung des Alkohols begangen haben, einen Alkoholversuch durch. Nach Möglichkeit werden alle störenden, auf psychischem Wege die Alkoholwirkung hemmenden Einflüsse fortgelassen.

Der Versuch wird am Spätnachmittag und frühen Abend durchgeführt, unter Berücksichtigung des Tagesrhythmus des menschlichen Organismus und des Umstands, daß in der zweiten Hälfte des Tages am häufigsten und stärksten getrunken wird. Die Wahl des Mittels geschieht danach, was der Täter vor der Tat genossen hatte. Meist wird Bier und dazu Schnaps gereicht, auch werden besondere Wünsche der Versuchsperson berücksichtigt. Gelegentlich wird auch dieselbe Marke gewählt, manchmal sogar in einer Flasche von derselben Größe, falls eine Angabe des Täters („Ich trank zuvor ½ Flasche Danziger Goldwasser von der und der Größe") näher geprüft und die Wirkung der gleichen Menge abgeschätzt werden soll. Zum Trinken darf geraucht werden. Der Versuch wird in einem Einzelzimmer unter der Leitung eines erfahrenen Pflegers, der gut zu beobachten versteht, durchgeführt. Der Pfleger hat die Aufgabe, eine möglichst gemütliche und trinkselige Situation herzustellen. Abendbrot wird vorher nicht gereicht, um die Minderung der Alkoholwirkung zu verhindern, die gleichzeitig genossene Speisen bewirken können. Besonders Eiweiß, daneben auch Fett, haben eine solche Wirkung (*Schottky*). Während des Versuches darf, wenn ein stärkeres Verlangen danach besteht, etwas gegessen werden. Die Schnelligkeit der Alkoholaufnahme wird, soweit möglich, der Versuchsperson überlassen. Wichtig ist es, den Versuch bis zur stärkstmöglichen Wirkung durchzuführen, wie der Fall Spieter lehrt, und am nächsten Tage des näheren die Nachwirkungen, vor allem die Stimmungslage und die Erinnerung an Einzelheiten aus dem Versuch, zu prüfen.

Bei den vielen Faktoren, die zur Entstehung eines pathologischen Rausches gehören, wird man freilich nicht immer das Glück haben, einen solchen im Versuch erzeugen zu können. Ein negativer Ausfall spricht selbstverständlich nicht gegen eine frühere pathologische Alkoholreaktion. Dagegen läßt sich fast stets die Tole-

ranz prüfen. In vielen Fällen ist es schon wertvoll, durch den Versuch festzustellen, daß keine allgemeine Intoleranz besteht, und ob und wieweit etwa schon geringe Mengen zu stärkerer Erregung, Gesichtsrötung, zu auffälligem Verhalten bei gesprächsweise erzeugter verschiedenartiger affektiver Beanspruchung (Erörterung der Tat) oder zum Verlust der Erinnerung führen, wie gern im Strafverfahren vom Täter behauptet wird. Daß auch für den Alkoholversuch, wie für alle klinischen Untersuchungsmethoden überhaupt, die Forderung gilt, das Ergebnis nur mit den nötigen Einschränkungen und unter Berücksichtigung aller sonstigen Umstände und Untersuchungsergebnisse zu verwerten, ist selbstververständlich.

Schließlich sei noch erwähnt, daß die Alkoholzuführung im Versuch mit ihrer erregenden, enthemmenden Wirkung nicht selten auch die Kriminellen dazu verführt, sich gegenüber dem Arzte oder Pfleger freier zu äußern, daß gelegentlich die Beherrschung, zumindest aber die in nüchternem Zustande angenommene innere Haltung bezüglich der Tat gegenüber der Umwelt nachläßt, und daß dadurch nicht selten eine Exploration während des Versuchs zu Angaben oder wenigstens zu Haltungen bei Berührung bestimmter Gesprächsthemen führt, die für die richtige Bewertung der Straftat wichtig sein können. Dies überschreitet zwar schon die Zuständigkeit des Psychiaters, doch hat er wohl auch die Aufgabe, der Aufhellung der Straftat zu dienen. Andererseits ist es nicht selten erstaunlich, wie selbst bei erheblicher, ja bei vorgeschrittener Alkoholwirkung die Versuchspersonen bestimmte, selbstgewählte Einstellungen festhalten und Einzelheiten bis zum Schluß geschickt verschweigen können, im Sinne etwa der oben erwähnten Ernüchterung unter besonderen psychischen Umständen; hierbei können gewissermaßen seelische Teilinhalte unbeeinflußt von der Alkoholwirkung bleiben, während die übrigen Seiten der Persönlichkeit die Wirkung zeigen können. Manchmal tritt aber auch bei Berührung der komplexbetonten Inhalte allgemein eine gewisse Ernüchterung ein. Der naheliegende Gedanke, durch einen in der hier beschriebenen Form vorgenommenen Alkoholversuch auch psychogene Zustände bestimmter Art angehen zu können, erfährt dadurch eine erhebliche Einschränkung.

H. Zusammenfassung

Ein bisher unbescholtener 25jähriger Zimmermannsgeselle begeht in einem alkoholischen Ausnahmezustand eine Brandstiftung. Im Alkoholversuch läßt sich ein klassischer pathologischer Rausch

erzeugen und in allen Einzelheiten beobachten. In diesem tritt eine ungewöhnlich starke spielerische, „magische" Neigung zum Spiel mit dem Feuer zutage. Der Täter hat 7 Jahre vor der Tat eine schwere Schädelverletzung mit Hirnschädigung erlitten und sich danach im Laufe der Zeit erheblich charakterlich verändert, auch ist er alkoholsüchtig geworden. Manche der durch die Anlage gegebenen Charaktereigenheiten wie Stimmungslabilität oder Erregbarkeit und Explosibilität des ausgesprochen athletischen Mannes haben sich dadurch verstärkt, sodaß er nunmehr das Bild eines „epileptoiden" Psychopathen bietet.

Der Fall gibt Gelegenheit, auf die psychologischen und forensischen Schwierigkeiten bei Brandstiftungen überhaupt und auf die Besonderheiten dieser Brandstiftung näher einzugehen. Es werden die Beziehungen zwischen der Tat und der Neigung zu pathologischen Räuschen einerseits und der Persönlichkeit vor und nach der Hirnverletzung andererseits erörtert, weiter Ausführungen über die Entwicklung der Trunksucht, das Zustandekommen pathologischer Räusche, ihre Abgrenzung gegenüber der einfachen Intoleranz, gegenüber dem gewöhnlichen Rausche, über die Bezeichnungen zur Gruppe der erregbaren oder explosiblen („epileptoiden") Psychopathen, über die Möglichkeiten einer Unterteilung dieser Gruppe und über hirnlokalisatorische Beziehungen bei pathologischen Räuschen gemacht. Schließlich wird einiges über die Bedeutung und die Grenzen von Alkoholversuchen verschiedener Art für die Erkennung der persönlichen Reaktionsart nach Alkoholzuführung und die Aufklärung von Verbrechen, die unter Alkoholeinwirkung begangen worden sind, ausgeführt.

Schrifttumverzeichnis

Berger, H., Zit. nach *B. Pfeifer*. — *Bleuler, E.*, Lehrbuch der Psychiatrie. 6. A. Berlin 1937. — *Bonhoeffer, K.*, Über Alkoholtoleranzveränderung im dipsomanen Anfall. Z. Neur. 127, 483 (1930). — *Bumke, O.*, Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 4. A. München 1936. — *Bumke, O.* und *F. Kant*, Rausch- und Genußgifte. Giftsuchten. Hdb. Neur. Bd. XIII, 2. T. Berlin 1936. — *Conrad, K.*, Erbanlage und Epilepsie V. Beitrag zur Frage der „epileptoiden" Psychopathie. Z. Neur. 162, 505 (1938). — *Exner, F.*, Kriminalbiologie. Hamburg 1939. — *Fischer, O.*, Zur Psychopathologie der Brandstifter. Z. Neur. 144, 148 (1933). — *Gaup, R.*, Die Dipsomanie. Jena 1901. — *Graf, O.*, Experimentell-psychologische Gesichtspunkte u. Erfahrungen zur gerichtlich-medizinischen Beurteilung der Alkoholwirkung. Ärztl. Sachverst.ztg. 41, 255 (1935). — *Graf, O.*, Über den Zusammenhang zwischen Alkoholblutkonzentration und psychischer Alkoholwirkung. Arbeitsphysiologie 6, 169 (1932). — *Gruhle, H. W.*, *K. Wilmanns* und *G. L. Dreyfus*, Säufer als Brandstifter (in: Verbrechertypen). Berlin 1914. — *Haas, I.* und *J. Lange*, Neue Versuche zur

vergleichenden Messung der Alkoholwirkung. Psychol. Arb. 9, 375 (1928). — *Heidenhain, A.*, Die Psychiatrie im Dienste der Wehrmacht. Fortschr. Neur. 9. 505 (1937). — *Heilbronner, K.*, Über pathologische Rauschzustände. M. med. Wschr. 1901, S. 962. — *Hoven, A. E.*, Zur Psychologie der Brandstifterin. Mschr. Kriminalpsychol. 21, 456 (1932). — *Jolly*, zit. nach *B. Pfeifer*. — *Kleist, K.*, Gehirnpathologie. Leipzig 1934. — *Kraepelin, E.*, Psychiatrie. 9. A. Bd. 2. Leipzig 1927. — *Lange, J.* in *Hoche*, Hdb. d. gerichtl. Psychiatrie. 3. A. Berlin 1934. — Siehe auch bei *Haas*. — *Mauz, F.*, Die Veranlagung zu Krampfanfällen. Leipzig 1937. — *Meggendorffer, F.*, Intoxikationspsychosen. Hdb. d. Geisteskr. Bd. VIII, Berlin 1928. — *Moeli C.*, Über die vorübergehenden Zustände abnormen Bewußtseins infolge von Alkoholvergiftung und über deren forensische Bedeutung. Allg. Z. Psychiatr. 57, 169 (1900). — *Mönkemöller*, Zur Psychopathologie des Brandstifters. H. Groß Archiv 48, 193 (1912). — *Persch, R.*, Epileptoide Persönlichkeiten und Pyromanie. Mschr. Psychiatr. 95, 173 (1937). — *Pfeifer, B.*, Psychosen bei Gehirnerkrankungen. Meningitis. Hdb. d. Geisteskr. Bd. VII, Berlin 1928. — *Puppe*, Alkohol und Zurechnungsfähigkeit. Der Alkoholismus, seine Wirkung und Bekämpfung. 4. Teil. Neue Folge, Berlin 1907). — *Scheid, F.*, Die psych. Störungen nach Hirnverletzungen. Hdb. d. Geisteskr., Ergänzungsbd. I. Berlin 1939. — *Schneider, K.*, Psychosen nach Kopfverletzungen. Nervenarzt 8, 567 (1935). — *Schneider, K.*, Pathopsychologie der Gefühle und Triebe. Leipzig 1935. — *Schneider, K.*, Die psychopathischen Persönlichkeiten. 4. A. Wien 1940. — *Schottky*, Die Veränderung der Alkoholwirkung bei gleichzeitiger Zuführung von Fett oder Eiweißnahrung. Psycholog. Arb. 9, 384 (1928). — *Schroeder, P.*, zit nach *Meggendorfer*. — *Seelert, H.*, Symptomatische Psychosen. Fortschr. Neur. 6, 469 (1934). — *Stauder, K.*, Konstitution und Wesensveränderung der Epileptiker. Leipzig 1938. —*Stier, E.*, Die akute Trunkenheit und ihre strafrechtliche Begutachtung mit besonderer Berücksichtigung der militärärztlichen Verhältnisse. Jena 1907. — *Többen, H.*, Beiträge zur Psychologie und Psychopathologie der Brandstifter. Berlin 1917. — *Többen, H.*, Über neuere Beobachtungen an Brandstiftern. Dtsch. Z. gerichtl. Med. 33, 52 (1940). — *Többen, H.*, Ein Beitrag zur forensischen Bedeutung des patholog. Rausches. Dtsch. Z. ger. Med. 33, 103 (1940).

Über die inneren Ursachen der Alterskriminalität beim Manne

Von

Dr. Ernst Kühn

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Jena.
Direktor: Professor Dr. *B. Kihn*)

I

Das Bedürfnis nach einer gesonderten Besprechung der kriminellen Äußerungen der menschlichen Individuen in ihren verschiedenen Lebensaltern ergibt sich zwanglos aus der Tatsache, daß der Mensch während seines Lebens unablässig von einer Entwicklungsphase in eine andere schreitet und jede dieser Phasen nach ihren eigenen biologischen Gesetzen abläuft. Die Erforschung aller derjenigen Bedingungen, unter denen es zu verbrecherischen Handlungen kommen kann, darf an den durch die verschiedenen Lebensalter gegebenen körperlichen und seelisch-geistigen Erscheinungen des Menschen nicht vorbeigehen. Die verbrechensfördernden Bedingungen im Seelenleben des Jugendlichen beispielsweise sind ganz spezifische und können deshalb nicht denen des Erwachsenen ohne weiteres gleichgesetzt werden; gerade die Zeit der geistigen und körperlich-geschlechtlichen Ausreifung des jungen Menschen ist bekanntlich oft mit erheblichen psychischen Auffälligkeiten verbunden. Der Begriff des Erwachsenen aber umschließt wieder Menschen in verschiedenen Altersklassen, sodaß es zumindest bei kriminologischen Erörterungen notwendig erscheint, die verbrecherische Betätigung nach Maßgabe der in jeder Altersgruppe vorherrschenden biologischen Bedingungen zu untersuchen.

Die Notwendigkeit dieser gesonderten Betrachtung des höheren Lebensalters ist von psychiatrischer und auch von kriminalbiologischer Seite stets herausgestellt worden. *Mezger* betont in seiner „Kriminalpolitik" die eigene kriminologische Bedeutung nicht nur der Jugend, sondern auch anderer Altersstufen, vor allem des Greisenalters. In neuester Zeit hat *Exner* die Kriminalität des höheren Alters eine „Kriminalität der Schwäche" genannt und

damit den Generalnenner bezeichnet, unter dem man die rechtswidrigen Handlungen in diesem Lebensalter sehen muß. Ganz allgemein betrachtet steht im Alter der Rückgang der körperlichen Kräfte wohl im Vordergrund. Das psychische Altern dagegen kann auf der einen Seite innere Harmonie, Abgeklärtheit und Reichtum an Wissen und Erfahrung, auf der anderen Seite aber den allmählichen Abbau der seelisch-geistigen Gesamtleistungen bedeuten. Allerdings ist es nur Wenigen vergönnt, bis in das hohe Alter hinein eine Steigerung ihres innersten Wesens objektiv zu erfahren und bewußt zu erleben. Für die Mehrzahl der Menschen ist das Altern ein ganz allmählicher Abstieg von den Höhen geistigen Lebens und seelischen Bewegtseins.

Eine der formalen charakterologischen Bedingungen der meisten kriminellen Handlungen in jedem Lebensalter ist ein gewisses Mindestmaß an Aktivität und Initiative. Wenn man von den Sittlichkeitsvergehen absieht, kann man aber doch gerade ein Nachlassen dieser vitalen Aktivität im Alter feststellen, und damit scheint es u. E. auch zusammenzuhängen, daß bestimmte Verbrechen von alten Menschen bevorzugt begangen werden. *Exner* weist u. a. darauf hin, daß im Alter Betrug und Meineid eher als Diebstahl vorkommen. Der Grund liegt dafür klar: Diebstahl ist die aktive Tat, verlangt vielleicht überstürztes Handeln, schnelle Entschlußkraft und Einsatz körperlicher Reserven. Dies alles fehlt im Alter. Betrug ist als Tat selbst nicht gefährlich; der Täter setzt im Augenblick, in dem er den Wechsel fälscht, nichts aufs Spiel. Die Situation hat nichts Bedrohliches an sich.

Es könnte aber eingewandt werden, daß eine Tat, die im Alter begangen wird, noch nicht eine durch das Alter bedingte Tat zu sein braucht. Demgegenüber muß zuerst auf die Kriminalstatistik verwiesen werden, aus welcher man im Alter ein gehäuftes Auftreten ganz bestimmter Verbrechen nachweisen kann — wohlgemerkt bei Menschen, die nie vorher in ihrem Leben kriminell gewesen waren. Gewiß sind auch die Vorbestraften an den Verbrechen im Alter beteiligt; aber es überwiegen bei der Alterskriminalität — auch wenn man die Sexualverbrecher unberücksichtigt läßt — die nicht Vorbestraften. Das läßt wohl ohne weiteres den Schluß zu, daß die Hauptursache für die kriminelle Betätigung in der Biologie dieser Alterseepoche gesucht werden muß. In der Tat ergibt die genauere kriminalpsychologische Analyse der von alten Menschen begangenen Straftaten, daß jene zur Entstehung des Verbrechens führenden Bedingungen, die in der Persönlichkeit des Täters gelegen sind, nicht Bestandteile seiner primären Charakter-

struktur sind, sondern sich erst im Alter — zusammen mit anderen biologischen Veränderungen — entwickelt haben. Vielleicht wird man für sehr seltene Fälle auch die Möglichkeit gelten lassen können, daß es „im Verein mit einer Lockerung des psychischen Gefüges" (*Betzendahl*) im Alter zur Spätmanifestation einer primären kriminell-psychopathischen Persönlichkeitsstruktur in Form verbrecherischer Handlungen kommt. Aber auch dabei hätte dann das Alter einen entscheidenden Anteil beim Zustandekommen des Verbrechens.

Der Begriff des höheren Lebensalters stellt nichts Einheitliches dar. Wir verstehen hier darunter die Lebensperiode von 55 Jahren an aufwärts. Es gehört dazu also ein Teil des Klimakterium virile, jener Übergangszeit zum Greisenalter beim Manne, sowie das Greisenalter selbst. Wenn auch in vielen Fällen die Involutionszeit beim Manne ganz allmählich in das Senium überleitet und jede Grenzziehung willkürlich ist und der Wirklichkeit nicht gerecht wird, so ist doch zu bedenken, daß in dieser Zeitspanne mannigfache biologische Merkmale entstehen, die sich schon mehrere Jahre später wieder grundlegend verändert haben können. Für deutsche Verhältnisse kann man jedenfalls mit dem 60. Lebensjahre gewisse involutive Erscheinungen annehmen, während man eigentliche senile Störungen bestimmt mit 70 Jahren erwarten kann (*Kihn*).

Bei der Durchsicht des einschlägigen Schrifttums fanden wir nur wenige Darstellungen von psychiatrischer Seite, die sich mit den besonderen psychischen Merkmalen des höheren Lebensalters und ihren Beziehungen zur Kriminalität in dieser Lebensperiode befassen (*Hübner*, *Cramer*, *Lange*). Wesentlich erscheinen uns vor allem die Ausführungen *Cramer*s über die psychischen Veränderungen bei leichteren Formen von Hirnarteriosklerose. Ganz im Gegensatz zu ihrem früheren ehrenwerten Verhalten begingen die Betreffenden nicht selten Betrügereien und Urkundenfälschungen, nähmen es mit der ehelichen Treue nicht mehr genau und vernachlässigten ihre Familie nach jeder Richtung. „Kommt dazu noch die oben erwähnte Reizbarkeit in gesteigertem Maße, stellt sich gleichzeitig eine starke Urteilsschwäche ein, dann kann das Schicksal der Familie und das Leben mit dem Vater zusammen geradezu eine Hölle darstellen. Dabei haben die Kranken oft noch die Fähigkeit, sich Fremden gegenüber zusammenzunehmen und namentlich den Laien mit den erhaltenen Intelligenzresten zu täuschen, so daß die Entmündigung und namentlich die Ehescheidung die größten Schwierigkeiten machen ..." Andere Veröffentlichungen beschäftigen sich vorwiegend mit den sittlichen

Verfehlungen des Greisenalters und sollen später besprochen werden. Von juristischer Seite verdient eine Dissertation von *Olbermann* Beachtung. Sie beschränkt sich zwar auf eine vorwiegend kriminalstatistische Erfassung der Altersverbrechen, bringt jedoch überzeugendes Zahlenmaterial und versucht auch, mehrere Delikte aus der Biologie des Alters zu deuten. 1928 hat *Wilden* die Sittlichkeitsverbrechen seit 1910 zusammengestellt und dabei ebenfalls die Frage nach der biologischen Bedingtheit der Verbrechen im höheren Lebensalter berührt.

In der vorliegenden Arbeit sollen die wichtigsten Bedingungen, die beim alten Menschen zum Verbrechen führen können, herausgestellt und kritisch untersucht werden. Der systematischen Besprechung liegt das medizinisch-forensische Begutachtungsmaterial zugrunde, das wir in den letzten Jahrzehnten an unserer Klinik beobachten konnten.

Dabei soll lediglich vom Manne im höheren Lebensalter die Rede sein. Bei der weiblichen Kriminalität liegen die Dinge zumindest in einer Beziehung genau so wie beim Verbrechen des Mannes: Die ausschlaggebende Rolle beim Zustandekommen der kriminellen Handlungen spielt die primäre Persönlichkeitsstruktur der Beschuldigten, zu der dann exogene, umweltbedingte Faktoren hinzutreten. Das gilt sogar oft noch für die Kriminalität der alternden Frau. Daß ältere Frauen beispielsweise so häufig als Kupplerinnen angetroffen werden, hat nicht nur seinen Grund in besonderen sozialen Verhältnissen, aus denen diese Frauen stammen; ihre Lebensgeschichte ergibt in gar nicht geringer Zahl, daß sie entweder früher schon Inhaberinnen kleiner Absteigequartiere waren, oder aber selbst ihren Lebensunterhalt als Dirne verdient haben. Durch die Untersuchungen von *K. Schneider* ist aber sichergestellt, daß die gewerbliche Prostitution nicht nur ein soziales, sondern ebensosehr ein Problem der Einzelpersönlichkeit jeder Dirne ist. Im übrigen werden aber bei den Altersdelikten der Frau vor allem die im Klimakterium häufig auftretenden Verstimmungen und die erhöhte Reizbarkeit von kriminogener Bedeutung sein.

Die biologischen Verhältnisse beim alternden Manne können mit denen bei der Frau nicht in Analogie gesetzt werden. Man hat auch beim Manne von „Wechseljahren" gesprochen, und *Runge* meint, daß diese Jahre „für den Mann bei weitem nicht die Bedeutung haben, wie bei der Frau". Für die kriminalpsychiatrische Untersuchung ist es jedenfalls bedeutsam, daß über etwaige Beziehungen zwischen hormonalen Störungen in dieser Zeit und bestimmten psychischen Auffälligkeiten weder bei der Frau noch beim Manne

irgend etwas Sicheres bekannt ist. Man kann lediglich vermuten, daß solche Beziehungen bestehen. Beim Manne in der sogenannten Übergangszeit kennt man gewisse psychische Veränderungen, über die u. a. *Wenkebach*, *Giese*, *Mendel*, *Vaerting* und neuerdings *I. H. Schultz* berichtet haben. *Marcuse* sprach von „Effeminationserscheinungen" beim Manne im Alter von 50 bis 55 Jahren. Es kämen außerdem Gedächtnisschwäche, Konzentrationsunfähigkeit, Grübelsucht sowie seelische Verstimmungen und leichte affektive Störungen vor. *Binswanger* prägte den Begriff der „präsenilen Demenz" — eine Formulierung, die von *Kihn* und neuerdings auch von *Kehrer* abgelehnt wurde unter dem Hinweis, daß der Begriff nichts Einheitliches darstelle und mehrere verschiedene Definitionen zuließe. *Binswanger* hat die Auffälligkeiten in diesem Lebensalter noch näher beschrieben, und wir finden dabei auch Beziehungen zur Alterskriminalität. Nach seiner Meinung bedürften diese Männer im Alter zwischen 50 und 60 Jahren „einer steten Beaufsichtigung, weil sie in krankhafter Selbstüberschätzung ihrer Fähigkeiten, besonders unter dem Einfluß leichter affektiver Erregung, selbständig zweckwidrige Handlungen begehen oder bei ihrer hochgradigen Urteils- und Willensschwäche von anderen Leuten zu schädlichen, ja ungesetzlichen Handlungen verleitet werden können". Dies betrifft allerdings in erster Linie Hirnarteriosklerotiker, denn sonst ist es ja gerade für diese Lebensperiode charakteristisch, daß es darin nicht zu hochgradigen Störungen der intellektuellen und affektiven Funktionen kommt, sondern zu klinisch so geringgradigen Krankheitszeichen, daß sie manchmal weder experimentell noch im Dialog faßbar sind. Daß aber in dieser Periode überhaupt Schädigungen der höheren geistigen Persönlichkeit auch beim Manne vorkommen, kann zweifellos als erwiesen gelten. Damit sind jedoch Grundlagen zur Entstehung von Bedingungen gegeben, die zum Verbrechen führen können.

Diese einzelnen verbrechensfördernden Bedingungen stehen jedoch nie für sich isoliert, so daß niemals eine Bedingung allein zur eigentlichen Ursache wird, sondern viele Bedingungen sind in ihrer Wirksamkeit miteinander verflochten. Bei ihrer Besprechung wird es auch nicht genügen, die lediglich klinisch faßbaren körperlichen und psychischen Merkmale des Menschen im höheren Lebensalter zu untersuchen. *Betzendahl* hat die Forderung nach einer umfassenden biologischen Betrachtung von ganz verschiedenen Standpunkten aus für die Periode des höheren Lebensalters aufgestellt. Diese Forderung hat u. E. gerade auch für den Bereich der kriminalbiologischen Forschung Geltung, denn um den Ursachen des Ver-

brechens nachzuspüren, muß man die ganze innere und äußere Welt des alten Menschen in ihren verschiedensten Erscheinungsformen, Beziehungen, Wirksamkeiten und Einflüssen untereinander kennen und gegebenenfalls in Rechnung setzen. Man wird deshalb auch die Stellung des alten Menschen im Beruf berücksichtigen müssen. Oft steht er seines Alters wegen bereits außerhalb des Berufes, und schon daraus ergeben sich wieder, zumindest für seine soziologische Stellung, aber auch für seine innere Haltung gewisse Veränderungen. Hierher gehört weiter seine innere und äußere Haltung zur Familie, vor allem zu seiner Ehegefährtin und zu den erwachsenen Kindern. Es muß schließlich geprüft werden, ob dem alten Menschen eine besondere Haltung zur Volksgemeinschaft und zur herrschenden Staatsidee eignet. Bejahendenfalls wird zu untersuchen sein, ob diese eigene Haltung als verbrechensfördernde Eigenschaft, etwa für politische Delikte, anzusehen ist.

Die Feststellung der verschiedenen, im Einzelfalle wirksamen kriminogenen Bedingungen bei einem Delikt, das im höheren Lebensalter begangen wird, muß bei der gerichtsärztlich-psychiatrischen Begutachtung einhergehen mit einer genauen psychologischen Aufgliederung der Lebensgeschichte des Beschuldigten. Bei dieser Analyse, die die Aufdeckung der primären Persönlichkeitsstruktur zur Aufgabe hat, kommt es in erster Linie darauf an, zu erfahren, ob der Betreffende charakterologisch als kriminell angesprochen werden muß. Trotz der seelischen Veränderungen, die für das Alter typisch sind und schwere Persönlichkeitsdefekte setzen können, wird man bei genauerer Analyse von Tatsituation und Täter doch mannigfache strukturelle Eigenheiten erkennen, die über die primäre Persönlichkeit Aufschluß geben. Wenn es sich beispielsweise um einen mehrfach vorbestraften Zustandsverbrecher handelt, wird der ursächliche Anteil des Alters an dieser Tat relativ gering sein. Als Hauptursache wird man hier die kriminell-psychopathische Persönlichkeitsstruktur ansehen müssen. Aber auch beim Zustandsverbrecher sind altersbedingte Kritik- und Urteilsschwäche sowie Schwankungen in der gemütlichen Verfassung zu berücksichtigen, und es ist weiter zu bedenken, daß die oft hypomanisch gefärbte Aktivität, die bestimmten kriminellen Psychopathentypen eigen ist, ebenfalls im Alter nachzulassen pflegt. Das Alter drückt in vielen Fällen auch dem Rückfallverbrecher seinen Stempel auf.

Im übrigen wird man aus praktischen Gründen bei Verbrechen im höheren Lebensalter leichtere Fälle von Cerebralsklerose ebenso beurteilen dürfen, wie leichtere senile Demenzen. Eine genaue klinische Unterscheidung von arteriosklerotischer und reiner seniler Demenz

ist bei leichten Formen bekanntlich außerordentlich schwierig und gelingt in vielen Fällen überhaupt nicht.

Die Vielzahl der verbrechensfördernden Bedingungen beim alten Menschen werden wir zu ordnen versuchen. Wir besprechen zuerst solche, die in der Persönlichkeit des Menschen selbst begründet liegen. Hierher gehören die Störungen der höheren geistigen Persönlichkeit, also des Verstandes und des Gemütslebens und die feineren charakterologischen Veränderungen. Von den mannigfachen körperlichen Abbauerscheinungen interessiert vor allem die Potenzstörung. Andere wichtige Bedingungen entstehen durch bestimmte Verhaltensweisen des alten Menschen, den für das Alter typischen Umweltsverhältnissen gegenüber.

II

Im scharfen Gegensatz zum Jugend-, aber auch zum Mannesalter spricht man dem Menschen, der am physiologischen Ende seines Lebens steht, Reife, innere Ausgeglichenheit, Objektivität, Erfahrung und hohe Klugheit zu. Der alte Mensch ist zugleich auch der weise Mensch. Wenn wir aber nach den Ursachen der Alterskriminalität suchen, sprechen wir lediglich von der negativen Seite des Alterns: vom allmählichen Verfall des Körpers und von der Rückbildung der seelisch-geistigen Funktionen.

Am wichtigsten sind in ihrer Bedeutung für das Begehen von rechtswidrigen Handlungen zweifellos die Störungen des Verstandeslebens im Alter. An erster Stelle ist hier die Urteilsschwäche zu besprechen; gemeint ist also dabei die Unfähigkeit, eine Denkleistung unter Würdigung von Gründen und Gegengründen befriedigend zu vollbringen. Dabei braucht der eigentliche formale Denkvollzug nicht gestört zu sein. Schul- und Allgemeinwissen sind genügend erhalten, und bei Intaktsein anderer psychischer Funktionen fällt der alte Mensch seiner Umgebung im Gespräch und im sonstigen Verhalten gar nicht auf. Nur bei selbständigen und verantwortungsvollen Denkkonstruktionen kommt es dann zu mehr oder minder erheblichen Fehlleistungen. Er ist dementsprechend auch nicht fähig, eine schwierige Lebenssituation zu übersehen. Trotzdem also noch keine gröberen Persönlichkeitsausfälle nach außen hin sichtbar werden, kann das höhere verantwortliche Tun des alten Menschen bereits Spuren eines beginnenden Demenzprozesses aufweisen. Das tritt dann nicht nur im Beruf in Erscheinung, sondern vor allem auch im engeren Familienleben, wo etwa von dem Vater autoritativ Anordnungen getroffen werden,

die den erwachsenen Kindern unverständlich erscheinen — ganz im Gegensatz zu seiner sonstigen überlegenen Art, solche Dinge in Mäßigung und Gerechtigkeit zu entscheiden. Durch diese Kritikschwäche verändern sich für den alten Menschen auch die früheren, seiner primären Persönlichkeitsstruktur gemäßen Anschauungen von Welt und Mensch. Eine etwas tolerante Auffassung von Wert und Wichtigkeit der sogenannten bürgerlichen Moral beim Jüngeren beispielsweise wird in den Augen des alten Menschen sofort zur gefahrbringenden Zuchtlosigkeit. Es fehlt ihm vom Intellekt her das Vermögen, sich in die Anschauungswelt der Jüngeren hineinzuversetzen und er verfällt dann in den Fehler, diese Anschauungen an seinen Maßstäben zu messen.

Die Gefahr einer so geschädigten Urteilskraft wird offenbar, wenn zu dieser intellektuellen Störung etwa Defekte in der affektiven Sphäre oder gar im Triebleben treten. Dann fehlt infolge der verminderten Urteilsfähigkeit die aus der Erkenntnis wachsende Hemmungsreaktion als möglicher Schutz vor kriminellen Entgleisungen. Damit bekommt die Urteilsschwäche die Bedeutung einer echten verbrechensfördernden Bedingung. Diese Tatsache wird vor allem bei den Sexualdelikten zu berücksichtigen sein, bei welchen stets die höhere geistige Persönlichkeit des Täters weitestgehend geschädigt ist.

Zu welchen Entgleisungen eine schwer geschädigte Urteilsfähigkeit führen kann, zeigt folgender Fall, der von uns im Jahre 1938 gerichtsärztlich untersucht und begutachtet wurde.

Ein 71jähriger Intendantsrat a. D., der in seiner Stadt ein hoch geachteter Bürger war und niemals vorher kriminell geworden war, verschickt eines Tages offene Karten, die schwerste Beleidigungen und Beschimpfungen gegen den Staat, die Partei und deren führende Männer enthalten. Nach längerem Leugnen gibt er die Tat im wesentlichen zu und erklärt sie aus seinem Wunsche, mit dieser Kritik anderen Volksgenossen und dem Gesamtwohl der Gemeinschaft helfen zu wollen. Die klinischen Erhebungen ergaben, daß er in den letzten Jahren vergeßlich, schwatzhaft und streitsüchtig geworden war. Körperlich bestanden nur ganz geringe neurologische Ausfallserscheinungen, eine Hypertonie und ein Aortenvitium. Experimentell war eine schwere Merkfähigkeitsstörung auffallend. Die formale Intelligenz war trotz seines relativ hohen Alters voll erhalten. Wegen der erheblichen Persönlichkeitsveränderungen wurde ihm der § 51, Abs. 2 RSTGB zugebilligt.

Bei bestehenden Störungen der Merkfähigkeit und des Gemütslebens führte hier die schwere Kritikschwäche zu kriminellen Handlungen. Das Delikt war ausschließlich auf die psychischen Schädigungen des Alters zurückzuführen. Wie in so vielen ähnlich gelagerten Fällen war der Täter früher ein unbescholtener, ehrsamer Bürger gewesen. Seine Fähigkeit, die Tat in ihrem ganzen

Umfange zu übersehen, war erheblich vermindert — ebenso die Fähigkeit, gemäß dieser an sich schon geschädigten Einsicht zu handeln.

Mit zunehmendem Alter häufen sich naturgemäß die Delikte, denen als Hauptursache eine Kritikschwäche zugrunde liegt. Der Senil-Demente ist schließlich zu einem Urteil überhaupt nicht mehr fähig, so daß man ihm in Anbetracht der Schwere seiner intellektuellen Störung den Schutz des § 51, Abs. 1 RSTGB zuerkennen muß. Aber die Höhe des Alters allein ist niemals ein zuverlässiger Maßstab für die Beurteilung solcher Störungen. Die Verstandeskraft kann in einem Falle schon bei relativ frühem Alter erheblich nachlassen, im anderen Falle noch bis in das hohe Greisenalter hinein ganz gut erhalten sein. Die Zubilligung eines Schutzparagraphen wird man also nicht vom Alter des Täters abhängig machen, sondern entscheidend ist auch dabei nur die Beurteilung der Gesamtpersönlichkeit.

Die Störungen der Merkfähigkeit können oft recht erheblich sein. Ihre Feststellung spielt gerade für die Frage der Zurechnungsfähigkeit des alten Menschen eine wichtige Rolle. Daß die Merkfähigkeitsschwäche auch aktuelle kriminogene Bedeutung bekommen kann, wird für die große Anzahl der fahrlässig begangenen Verbrechen im Alter (Brandstiftung, Verkehrsunfälle usw.) zu bejahen sein, denn dieser intellektuelle Ausfall trägt dazu bei, eine schwierige, gefahrvolle Situation für den alten Menschen unübersichtlich werden zu lassen.

Von den affektiven Störungen, die im höheren Lebensalter fast stets vorhanden sind, ist die Abstumpfung der gemütlichen Regungen bedeutsam. Die Tiefe des Affektes wird flach und eng, die Spannbreite der seelischen Aufnahmebereitschaft wird kleiner. Gemütliche Ansprechbarkeit ist oft mit der Fähigkeit des Mitleidens und Mitempfindens im weitesten Sinne kombiniert. Wenn jedoch die gemütlichen Regungen abstumpfen und der Mensch zu tieferem Erleben unfähig wird, erfährt auch seine menschlichste Eigenschaft, Mitleid mit dem Schmerz des Anderen zu empfinden, eine erhebliche Einbuße. Der innerlich stumpfe, affektarme Mensch ist seiner Struktur nach auch ein mitleidsarmer Mensch. Unter diesem Gesichtswinkel gesehen kann die affektive Nivellierung eine wichtige verbrechensfördernde Eigenschaft darstellen; denn wer über die Fähigkeit des Mitempfindens mit dem Schicksal des Anderen verfügt, ist schon vom eigenen Affekt her in gewisser Weise gegen kriminelles Handeln geschützt. Fällt diese innere Bereitschaft, die im übrigen auch dem charitativen Wirken der

beiden großen christlichen Konfessionen zugrunde liegt, im Alter fort, dann wird der Mensch sich eher bereit finden, dem Anderen in irgendeiner Form — und sei es durch eine gesetzwidrige Handlung — Leid zuzufügen. Zusammen mit den intellektuellen Ausfällen führt die gemütliche Abstumpfung zu einer weiteren Einengung der Persönlichkeit, deren individuelle Merkmale allmählich ihre spezifische Färbung verlieren und die sich in Richtung auf einen hochgradig ausgeprägten senilen Defektzustand als Endstadium hin verändert.

Eine andere Form der Affektstörung im Alter ist die erhöhte Reizbarkeit. Sie ist als pathologisches Symptom sowohl bei Psychosen (Manie!), wie vornehmlich bei Menschen mit abartiger Charakterstruktur von bestimmtem Typ allgemein bekannt. *K. Schneider* erwähnt sie vor allem bei der Besprechung seiner explosiblen Psychopathen. Die Explosiblen geben schon bei geringen Anlässen hemmungslos ihrem Affekt nach und geraten dadurch mit ihrer Umgebung in schwerste Konflikte. Bekannt ist weiterhin die explosible Reizbarkeit der chronischen Trinker. Diese hohe Empfindsamkeit kann sich auch beim alternden Menschen einstellen und dann eine besonders gefährliche Bedeutung bekommen. Aus diesem psychischen Merkmal heraus erklärt sich u. E. in erster Linie die große Zahl der Beleidigungsdelikte alternder Menschen. Es kommt zu schweren Affektausbrüchen, die durch den altersgeschädigten Intellekt nicht mehr gesteuert werden können. In jüngerem Alter würde ein solcher Streit, in den sich der alte Mensch einläßt, vielleicht mit einer Tätlichkeit geendet haben. Mangel an Initiative und körperliches Gebrechen lassen ihn aber mit Beschimpfungen des Gegners ausgehen (*Olbermann*). Gerade das Beleidigungsdelikt zeigt im übrigen das Ineinanderspielen der verbrechensfördernden Bedingungen, von denen stets mehrere zusammenwirken müssen, um eine verbrecherische Handlung entstehen zu lassen.

Neben intellektuellen und affektiven Störungen im höheren Lebensalter finden sich feinere charakterologische Veränderungen. Hier ist vornehmlich das starre Festhalten an althergebrachten Begriffen und Anschauungen zu nennen, die Unfähigkeit, sich neuen Lebenssituationen anzupassen und eine Neugestaltung des eigenen Schicksals vorzunehmen. Der alte Mensch ist geistig im allgemeinen intolerant. Nach *Gruhle* ist er „nicht nur selbst in seiner Aufnahmefähigkeit für Neues herabgesetzt, sondern er liebt es auch nicht, Neues um sich herum vorgehen zu sehen. Seine Frage gilt immer wieder dem Warum:

„Warum soll denn jetzt schon wieder alles anders gemacht werden? Es war doch bisher gut so.“ Die Bedeutung dieses psychischen Merkmals wird sichtbar, wenn man sich vor Augen hält, daß sie eine der tieferen Ursachen des bekannten Gegensatzes zwischen der alten und der jungen Generation darstellt. Deshalb ist auch „der Konflikt zwischen Vätern und Söhnen ...also eine nicht kulturell, sondern biologisch bedingte Erscheinung“ (*Gruhle*). Dieser Gegensatz kann zunächst im Leben des einzelnen Individuums eine wichtige Rolle spielen. Jeder junge Mensch muß sich irgendwann einmal mit dem harten unbeugsamen Willen des Alters auseinandersetzen. Es ist das konservative Prinzip des Alters, das von der revolutionären Haltung des jungen Menschen bekämpft wird — jenes konservative Element, das hier seine psychologische Wurzel im Haftenbleiben und in der mangelnden geistigen Elastizität des Alters hat.

Aber dieser Gegensatz wird auch oft in der politischen Gemeinschaft des Staates und Volkes sichtbar und bekommt dann hohe soziologische Bedeutung. Es sei in diesem Zusammenhang daran erinnert, daß eine der tief wurzelnden Ursachen für die Entstehung einer ganzen gegen die starre Autorität des Alters schlechthin oppositionell gerichteten Kulturerscheinung, die von Jugendlichen begründet, organisiert und geführt wurde, nämlich die Deutsche Jugendbewegung, eben dieser innere Gegensatz zwischen Alter und Jugend im Bürgertum der Vorweltkriegszeit gewesen ist. Ein psychisches Merkmal des alternden Menschen von so großer Bedeutung muß erwartungsgemäß auch einmal als kriminogene Bedingung wirksam werden können. Die Halsstarrigkeit des alten Menschen kann in der Familie zu schwersten Konflikten unter den Angehörigen führen und so unmittelbar den Anlaß zu verbrecherischen Handlungen geben. Die Familie kann sich entzweien, die Ehe kann zerbrechen, die erwachsenen Kinder können Partei gegeneinander nehmen. Die Unfähigkeit des Alten, sich neuen Verhältnissen anzupassen und seine egozentrische Haltung führen schließlich zu Wortwechsel und schwersten persönlichen Auseinandersetzungen, und oft genug ist der Vater gegen seinen erwachsenen Sohn tätlich geworden mit dem Erfolg, daß dieser in Notwehr seinen Vater niederschlug.

Die Unfähigkeit, sich mit neuen Verhältnissen abzufinden und unabwendbare Lebenstatsachen in das eigene Schicksal sinnvoll und harmonisch einzubauen, bringt den alten Menschen oft noch in einer besonderen Beziehung mit seiner Umwelt in Konflikt. Wir meinen die politische Umwelt.

Wenn wir von der gegenwärtigen staatspolitischen Situation im nationalsozialistischen Deutschland ausgehen, so erscheint diese Situation durch zwei charakteristische Momente gekennzeichnet: das eine ist der in der neuen Staatsauffassung verankerte Gemeinschaftsgedanke, dessen Durchsetzung durch planvolle völkische Erziehung auf lange Sicht gewährleistet ist. Der neue deutsche Volksstaat hat außerdem viele entsprechende Bestimmungen, Gesetze und Einrichtungen geschaffen, die den Gemeinschaftsgedanken zum Mittelpunkt haben und für seine Verwirklichung heute schon Sorge tragen. Zu diesem tragenden Pfeiler der neuen Staatsauffassung tritt als aktueller Tatbestand die politische Situation des Krieges hinzu, die das Volk in einem totalen Existenzkampf sieht. Es erscheint selbstverständlich, daß ein Staat mit einer so vertieften Auffassung von Wert und Wesen der Gemeinschaft in Zeiten der Not mit rücksichtslosem Zugriff seine eigene Hoheit und Autorität zu wahren sucht. Er kann deshalb u. a. auch nicht dulden, daß man in verantwortungsloser Weise die staatsgebundenen weltanschaulichen Formen, Begriffe, Ideen und deren Träger beschimpft. Der nationalsozialistische Staat hat diese Angriffe im Heimtückegesetz festgelegt und mit entsprechend schweren Strafen bedacht.

Nach der geschädigten Charakterstruktur des alternden Menschen ist zu erwarten, daß er auch unter jenen zu finden ist, die in mehr oder minder schweren Angriffen die Maßnahmen des neuen Deutschlands einer unwürdigen Kritik unterziehen. Kriminalpsychologisch gesehen sind es auch hier mehrere Persönlichkeitsmerkmale, deren Zusammenwirken zum politischen Verbrechen führen können. Dabei handelt es sich nicht um das große politische Verbrechen von der Art des Landes- oder Hochverrates, sondern lediglich um Verstöße gegen die Bestimmungen des Gesetzes zum Schutze von Volk und Staat; daß es nicht zu aktivem Vorgehen gegen den Staat kommt, entspricht durchaus den biologischen Verhältnissen des Alters. Bezeichnenderweise setzt sich die Masse der Landes- und Hochverräter aus Individuen des jüngeren Lebensalters zusammen. Die Passivität des alten Menschen bedingt auch die Art und Weise, wie er seiner Abneigung gegen den Staat Ausdruck verleiht. Der Mensch im höheren Lebensalter ist seiner Struktur nach kein Individuum, dessen Leben etwa in der Gemeinschaft erst zur vollen Entfaltung kommen könnte. Eher ist das Gegenteil der Fall: Seine altersbedingte Ichbezogenheit, seine Starrköpfigkeit und das Unvermögen, sich neuen Verhältnissen anzupassen, würden ihm das Leben in der Gemeinschaft stets erschweren, wenn nicht gleich-

zeitig die allgemeine affektive Abstumpfung eine gewisse Kompensation darstellen würde; diese erst gewährleistet ihm das mehr uninteressierte, ganz passiv geformte Mitleben in der Gemeinschaft der Familie, des Berufes, des Staates. Wenn allerdings die durch das Alter bedingten Persönlichkeitsstörungen dann erheblicher werden, kann sich dieses passive Dahinleben in passiven Widerstand umwandeln. Die Folgen sind dann schwerste Konflikte mit der Umwelt und den Gesetzen.

Bei der Begehung von politischen Verbrechen sind neben den schon genannten psychischen Merkmalen auch Kritikschwäche und Unbeherrschtheit der Affekte wirksam. Der alte Mensch will im übrigen nicht in seiner Ruhe gestört werden; er wird sonst nörgelig und unzufrieden. Mit einer gewissen Resignation hat er den Aufstieg des neuen Reiches verfolgt. Er hatte gegen dies und das Bedenken und verstand den Geist der revolutionären deutschen Bewegung nur unvollkommen. Im kleinen Kreise, in der Familie, seinen Berufskameraden gegenüber aber macht er seinem durch Jahre hindurch aufgespeicherten Groll Luft und beginnt schließlich zu „meckern". Es braucht nicht besonders betont zu werden, daß diese Art der staatsfeindlichen politischen Betätigung im Alter dann vor allem in Frage kommt, wenn der Betreffende seiner primären Charakterstruktur entsprechend sein Leben lang in einer antithetischen weltanschaulichen Haltung stand.

So kann das politische Delikt unter Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit des Täters zu einem typischen Altersdelikt werden. Für diesen Typus des politischen Verbrechers ist es ebenfalls charakteristisch, daß er meist zeitlebens ein unbescholtener Mann war. Wir hatten erst vor kurzer Zeit Gelegenheit, diesen Typus für ein mitteldeutsches Sondergericht zu begutachten.

R. M. (Krankenblatt Nr. 37068), 62 Jahre alt, seit 38 (!) Jahren an einem bekannten mitteldeutschen Staatstheater als Kammermusiker tätig. Jugend ohne Besonderheiten. Er erlernte den Musikerberuf, ging 4 Jahre zum Militär und trat 1902 in das Staatstheater ein. Weltkriegsteilnehmer. In der Systemzeit marxistisch organisiert. Nach 1933 betont passiv. Tritt als Einziger nicht dem NS-Beamtenbund bei, flaggt nur auf Zurechtweisung des zuständigen Amtswalters und grüßt nicht mit dem Deutschen Gruß.

1936 wird er seines Alters wegen in der Kapelle von der ersten in die zweite Geige versetzt. Dies bedeutet für ihn eine schwere Kränkung in seiner Berufsehre und er zieht sich in stärkster innerer Verbitterung von seinen Kollegen zurück. Gleichsam aus Protest läßt er sich seitdem in jedem Jahre mehrere Monate krank schreiben. Eine nach 1939 durchgeführte amtsärztliche und fachärztliche Untersuchung stellte lediglich verdächtige Pyramidenzeichen, jedoch keinerlei psychische Auffälligkeiten fest. Er wurde für voll arbeitsfähig gehalten.

Als Hauseigentümer kommt er im Frühjahr 1940 mit einem seiner Mieter, einem Polizeiwachtmeister, in Wortwechsel über die damalige Kohlenknappheit. In diesem Gespräch fallen von seiner Seite überaus gehässige Bemerkungen gegen die nationalsozialistische Regierung und ihre Maßnahmen. Von der Gestapo wird ihm daraufhin eine scharfe Verwarnung erteilt. Zwei Monate später wird Haftbefehl gegen ihn erlassen, weil er sich in drei weiteren Fällen zu staatsfeindlichen Äußerungen hinreißen ließ. Wegen der früheren Untersuchung beim Amtsarzt wird klinische Beobachtung nach § 81 StPO angeordnet.

Internistisch deutliche Arteriosklerose (leichte Tachykardie, Verhärtung der Gefäße, Aorta röntgenologisch verbreitert und schattentief), neurologisch deutliche Reflexdifferenz im Kniephänomen zugunsten links, Babinski links positiv. WAR im Blut negativ. Psychisch: Schwere Affektlabilität mit Neigung zu haltlosen Weinausbrüchen und erhebliche Merkfähigkeitsschwäche. Es wurde ihm § 51, Abs. 2 RSTGB zugebilligt.

Dieser Fall zeigt nach mehreren Richtungen hin typische, altersbedingte kriminogene Merkmale. M. hat zwar dem nationalsozialistischen Staat immer schon ablehnend gegenüber gestanden; aber seiner Persönlichkeitsstruktur nach wäre er niemals fähig gewesen, dieser oppositionellen Haltung nach außen hin Ausdruck zu geben. Daß er jenen schweren Schicksalsschlag im Jahre 1930 bis zuletzt nicht zu überwinden vermochte, muß man zweifellos auf das Konto seines Alters buchen. Die daraus sich ergebende haßerfüllte Ablehnung gegen seine Umwelt wurde aber zu einer Teilursache für jene staatsfeindlichen Äußerungen. Hinzu kommt die schwere Kritikschwäche bei ihm: Trotzdem er kurz vorher von der Gestapo streng verwarnt worden war und genau wußte, was ihm im Wiederholungsfalle bevorstand, betätigt er sich erneut im staatsfeindlichen Sinne. Schließlich war seine affektive Störung zu berücksichtigen, die zu heftigen Affektsteigerungen in den einzelnen Tatsituationen geführt hat. Diese altersbedingten Störungen waren bei M. objektiv organisch unterlegt und mußten als Ausdruck einer Cerebralsklerose angesehen werden.

Die Einengung der höheren geistigen Pesönlichkeit im Alter geht meist parallel mit einer eigenartigen Ichbezogenheit und egozentrischen Einstellung. Der alte Mensch kann mit brutaler Rücksichtslosigkeit seine Umgebung tyrannisieren und jeden Widerspruch mit Wutausbrüchen beantworten. Aus dieser krankhaften Ichbezogenheit erwächst auch die oben erwähnte Reizbarkeit mit allen ihren gefährlichen Folgeerscheinungen. Die egozentrische Einstellung kann deshalb unter Umständen zu affektbetonten Gewaltdelikten führen.

Sie hat auch feinere psychologische Beziehungen zu einem tiefen Mißtrauen und einer leicht paranoiden Einstellung

des alten Menschen, der zu wahnhaften Umdeutungen in seiner Umgebung neigt. Er spürt, wie man Komplotte gegen ihn schmiedet und gegen ihn arbeitet. Auch die nächsten Angehörigen sind diesen Unterstellungen ausgesetzt und werden von seinem Mißtrauen verfolgt. Hieraus können sich falsche Anschuldigungen und Beleidigungen ergeben — beides Delikte, die im Alter bevorzugt begangen werden. *Lange* betonte zwar, daß er „eine Reihe von anderen bei Senilen und Präsenilen denkbaren strafbaren Handlungen, insbesondere etwa Rachedelikte Paranoider“ weder in seinem Material noch in der Literatur gefunden habe und erklärt dies u. a. aus der fehlenden Konsequenz und der mangelnden Energie im Senium. Aber die Häufung von Beleidigungen im Alter ist tatsächlich recht auffallend und aus jeder Kriminalstatistik abzulesen. Wir geben im folgenden die Zahlen für einige wichtige Verbrechen aus dem Jahre 1931 nach *Olbermann* wieder:

Art des Deliktes	Zahl der verurteilten Personen insgesamt	Zahl der männl. Täter/von 50 J. u. älter	Anteil der Alterskriminellen in % etwa:
Beleidigung . . . . ,	41 800	8 240	20 %
Blutschande	740	118	17 %
Falsche Anschuldigung . .	552	71	14 %
Betrug	50 526	4 423	8 %
Totschlag . . . . ,	408	30	8 %
Diebstahl	67 139	3 147	5 %

Daraus ergibt sich, daß die Beleidigung im Alter noch 20% der Gesamtkriminalität ausmacht im Gegensatz etwa zum Diebstahl, bei dem der Anteil nur 5% beträgt. Wichtig ist nun dabei das Verhältnis der Vorbestraften zu den nicht Vorbestraften. Bei der Beleidigung sind nur ¼ vorbestraft; alle anderen Beschuldigten begehen diese Tat das erstemal. Bei der hohen Zahl der Beleidigungsdelikte wird man im Alter nicht in erster Linie die primäre Persönlichkeitsstruktur als ursächlichen kriminogenen Faktor ansehen dürfen, sondern man ist berechtigt, in bestimmten durch das Alter gesetzten psychischen Veränderungen wichtige verbrechensfördernde Bedingungen zu sehen, von denen wir oben bereits einige nannten: erhöhte Reizbarkeit, geringere Beherrschung der Affekte, Urteilsschwäche. Es ist aber nicht von der Hand zu weisen, daß dabei auch die dem Alter eigene, leicht paranoide Haltung eine gewisse ursächliche Rolle spielt.

Im Gegensatz zu *Lange* hält *Exner* Rachedelikte seniler Menschen durchaus für gegeben und er meint u. a., daß sich Rachegefühle möglicherweise auch einmal in einer Brandstiftung auswirken

können. *Michel* hat 1934 zwei charakteristische Fälle von Brandstiftungen aus Rache bei senilen Menschen beschrieben. Der alte Mensch begeht außerdem in fahrlässiger Weise oft Brandstiftung. Das Nachlassen der geistigen und körperlichen Kräfte, die Vergeßlichkeit und die Unfähigkeit, eine schwierige und gefahrvolle Situation zu erkennen oder gar zu meistern, sind dabei wieder jene altersbedingten Merkmale, die zur gemeingefährlichen Handlung führen. Bei den vorsätzlichen Brandstiftungen überwiegen auch im Alter weitaus die Versicherungsbetrüger, bei denen wohl vornehmlich Geiz, Habgier, aber auch verantwortungslose Kritikschwäche zur allgemeinen Enthemmung führen. Es bleibt dann aber noch ein Rest von senilen Tätern, bei denen die Tat entweder ein Rachedelikt sein kann oder bei denen es nicht immer möglich ist, die eigentliche Ursache ganz aufzudecken. Eine ursächliche Erklärung für die Tat aus der Psyche des Alters ist bei ihnen außerordentlich schwer abzuleiten. Einige Autoren haben Beziehungen zwischen Brandstiftung und Sexualtrieb diskutiert. *Exner* führt Fälle an von „scheinbar sinnloser Brandstiftung, die man bei pubertierenden Mägden und Knechten ... in Zusammenhang bringt mit einer irgendwie im Geschlechtsleben wurzelnden Feuerlust". Auch *Aschaffenburg* wies auf mögliche Beziehungen zwischen „Epilepsie, Brandstiftung, Mystizismus, Grausamkeit und sexueller Erregung" hin und meinte, aus der Häufigkeit dieser Kombination auf eine gemeinsame, unbekannte Wurzel schließen zu müssen. Genaueres weiß man aber über diese Beziehung nicht und man muß u. E. doch wohl einen Teil dieser ungeklärten Brandstiftungen von Greisen darauf zurückführen, daß sie in kurz dauernden Phasen seniler oder arteriosklerotischer Verwirrtheit — also in echten psychotischen Zuständen — begangen werden. *Michel* fand bemerkenswerter Weise unter 41 geisteskranken Brandstiftern 10, die an seniler Demenz litten.

Zu den Eigenschaften, die die Einengung der höheren geistigen Funktionen im Alter vertiefen, gehören schließlich Geiz und Pedanterie. Ob der Geiz unmittelbare verbrechensfördernde Wirkung haben kann, wie *Olbermann* das mit Bezug auf den Diebstahl meint, scheint uns nicht so ganz klar zu liegen. Es ist zwar durchaus vorstellbar, daß ein alter Geizhals aus der Sucht heraus, sein mühsam erspartes Geld zu vermehren, sich an dem Eigentum anderer Leute vergreift. Aber die psychologische Wurzel dieser Tat ist doch wohl die Habgier, also eine durchaus aktive charakterologische Eigenschaft im Gegensatz zum Geiz, bei dem es sich um ein passives Persönlichkeitsmerkmal handelt: Geiz ist das

beharrliche Festhalten des vorhandenen Besitzstandes unter brutaler Verletzung aller sozialen Pflichten im Sinne des persönlichen Opfers und der Nächstenliebe und unter Verletzung der primitivsten Pflichten gegen sich selbst. Richtig ist wohl, daß Geiz und Habgier oft charakterologisch kombiniert in einer Persönlichkeit vorhanden sind. Der Geiz kann aber u. E. in ganz anderer Weise eine gewisse Bedeutung für rechtliche Angelegenheiten bekommen. Es ist nicht ohne weiteres abzulehnen, daß die nach dem BGB zwischen Eltern und erwachsenen Kindern geführten Prozesse, die zum größten Teile Vermögensstreitigkeiten zum Inhalt haben, vielleicht zu einem gewissen Prozentsatz auf die Starrköpfigkeit, die egozentrische Haltung und auch auf den Geiz der daran beteiligten alten Menschen zurückzuführen sind.

III

Zu den verbrechensfördernden Bedingungen des höheren Lebensalters gehören schließlich die körperlichen Störungen: Fast alle Organe werden von dem allgemeinen physiologischen Abbau ergriffen und zeigen entsprechende funktionelle Ausfallserscheinungen. Als körperliches Symptem hat vor allem die Potenzstörung zu dem wichtigsten Altersdelikt — und zwar zur Kinderschändung — enge ursächliche Beziehungen. Es handelt sich dabei um die Impotentia coeundi, also um die Unfähigkeit, den Beischlaf auszuüben. Infolge altersbedingter hormonaler Störungen und der dadurch hervorgerufenen zahlreichen biologischen Veränderungen im Körper, die den Blutkreislauf, den Tonus der Muskulatur, den Wassergehalt in den Geweben usw. betreffen, kommt keine Erektion des Penis mehr zustande. Die Impotentia coeundi darf jedoch nicht mit dem Erloschensein des Sexualtriebes verwechselt werden. Gerade durch das Bestehen des Einen und das Fehlen des Anderen wird eine gefährliche biologische Situation geschaffen, die unter bestimmten intrapsychischen Voraussetzungen zu verbrecherischen Handlungen führen kann. Die Impotentia coeundi kann in recht verschiedenen Altern einsetzen. *Aschaffenburg* wird man kaum zustimmen können, wenn er meint, daß nach dem 60. Lebensjahr der Geschlechtstrieb erlischt. Gerade in Gegenden mit Menschen in unverbrauchter Lebenskraft findet man nicht selten Ehepaare, die noch lange über die Sechzig hinaus sogar mit gewisser Regelmäßigkeit den Geschlechtsverkehr ausüben. *J. H. Schultz* berichtet neuerdings von einem Pfarrer, der ihn wegen der Frage konsultierte, ob er als 70jähriger noch täglich den Coitus ausüben dürfe! Das ist gewiß eine seltene Ausnahme, aber man wird kaum ein gültiges

Alter angeben können, von welchem man sagen könnte, daß von hier ab das sexuelle Triebleben tatsächlich aufhöre.

Bei Menschen, bei denen im Alter der Geschlechtstrieb scheinbar ganz zum Erlöschen gekommen ist, findet man gelegentlich bis Ende der siebziger Jahre und noch später ein Auflackern des Geschlechtstriebes, ein plötzliches erneutes sexuelles Verlangen. Der Volksmund hat diese im fortgeschrittenen Alter noch einmal auftretende Sexualität auch als „Johannistrieb" bezeichnet. Gerade dieses plötzliche Aufflackern des Triebes kann dann zur Katastrophe führen, wenn sie bei einem altersdementen Menschen auftritt, der außerdem sexuell impotent ist. Es sind dies Menschen, die bisher nie in ihrem Leben kriminell, auch nicht wegen unsittlicher Vergehen, vorbestraft waren.

Schon *Kirn* hat 1883 auf die auffallende Tatsache hingewiesen, daß man so häufig alte Männer auf der Anklagebank sitzen sähe, „Greise mit weißen Haaren, die ihre Gelüste an kleinen Mädchen zu befriedigen suchten ... Es sind in der Regel Greise, deren frühere sittliche Vergangenheit nicht angetastet werden kann, die sich bis dahin eines guten Leumunds erfreut hatten". Auch *Krafft-Ebing* nahm zu den Greisendelikten Stellung und sah in der bei ihnen meist vorhandenen Potenzstörung die Hauptursache. Später hat *Zingerle* versucht, eine andere Erklärung für die Ursache der Kinderschändung durch Greise zu geben. Er meinte, es liege eine „Verkehrung der Triebrichtung" vor, die „gerade nach dem unentwickelten Körper als Sexualziel ein besonderes Verlangen trägt". Diese Auffassung ist insbesondere von *Näcke* scharf abgelehnt worden. Für ihn ist vor allem der Umstand von Wichtigkeit, daß die Kinder leicht verführbar und als Ziel der Befriedigung erreichbarer sind als Frauen. Die eigenen Frauen seien im übrigen den Greisen oft zu alt; es reize sie gerade, sich mit jungen, ganz unerfahrenen Mädchen abzugeben. Daß Greise oft auch mit Knaben Verkehr suchen, ist für ihn noch kein Beweis für eine Triebperversion, „sondern könnte sehr wohl auch durch tardive Homosexualität erklärt werden". In mehreren Arbeiten hat *Aschaffenburg* die Sittlichkeitsverbrechen der Greise als echte pathologische Handlungen bezeichnet und sie aus den besonderen altersbedingten psychischen Merkmalen der Greise zu deuten versucht. Er verlangt auch nachdrücklich, daß jeder über 70 Jahre alte Sittlichkeitsverbrecher einer psychiatrischen Untersuchung und Begutachtung unterworfen werden sollte.

Wulffen gab zu bedenken, daß Kinderschändung nicht das einzige Sittlichkeitsverbrechen im Greisenalter ist, sondern daß sich auch

Notzucht und Blutschande bis zum Alter von 75 Jahren finden. Die Sexualität bliebe bis zum hohen Alter in der sinnlichen Sphäre erhalten; sie könne sogar mit starker Reizung oder Perversität auftreten.

Straßmann veröffentlichte eine Anzahl von sittlichen Vergehen im höheren Lebensalter und stellte dabei die Rolle der frühreifen Mädchen heraus, unter denen sich die unzüchtigen Handlungen der Greise oft herumsprechen und die sogar eine Gefahr für den altersschwachsinnigen Greis darstellen können.

Bei allen diesen dementen und impotenten Greisen bricht in einem geeigneten Augenblick der Sexualtrieb elementarer durch und verlangt nach Befriedigung. Der normale Geschlechtspartner wäre für diese Männer die Ehefrau; aber in dieser ihrer Funktion scheidet sie in fast allen Fällen aus den verschiedensten Gründen aus. Viele der senilen Kinderschänder sind Witwer, deren Frauen schon viele Jahre tot sind und die seit dem Tode der Frau keinen Geschlechtsverkehr mehr ausgeübt haben. Die Frauen anderer Greise sind chronisch krank und bettlägerig und fallen deshalb ebenfalls als Geschlechtspartner aus. Wieder andere können deshalb den Coitus nicht mehr ausüben, weil in ihren Frauen jedes Triebleben erstorben ist und sie sich von ihnen in keiner Weise mehr angezogen fühlen. Die geschlechtlichen Beziehungen der senilen Kinderschänder zu ihren Ehefrauen sind also in allen diesen Fällen abnorm oder ganz aufgehoben. Sie verfügen aber auch nicht mehr über die Fähigkeit, sich andere Partner unter jüngeren Frauen zu suchen. Daran hindert sie ihre mangelnde Initiative und das Bewußtsein ihrer sexuellen Insuffizienz; sie ahnen wohl auch die Aussichtslosigkeit solcher Unternehmungen. Ihr Trieb weist ihnen daher den Weg des geringsten Widerstandes: Sie vergreifen sich an kleinen Mädchen, also an unentwickelten und hilfslosen Individuen, die sich selten zu wehren verstehen. Die Praktiken der Schändung sind dabei überall die gleichen und können hier übergangen werden. Eines fiel bei der Durchsicht unserer zahlreichen Fälle auf: Die meisten Greise gingen jedesmal ganz zielbewußt vor und erregten sich bereits an den vor und während der Tat hervorgestoßenen Worten. Sie belegten dabei den Schändungsakt selbst mit vulgären Ausdrücken und gebrauchten z. T. auch obszöne Ausdrücke für das Genitale der Kinder. Viele fühlten bei dieser „verbalen Onanie“ bereits eine gewisse Befriedigung, zumindest aber eine erhebliche Zunahme ihrer sexuellen Erregung. Im Schrifttum hat man diesem zum Zwecke der eigenen und fremden Aufreizung gebrauchten Mittel der Sprache bei der Kinderschändung nur sehr geringe Auf-

merksamkeit zugewandt. Man wird aber seine Bedeutung für die richtige Beurteilung der ganzen Tatsituation nicht unterschätzen dürfen.

Es kommt vor der Schändung oft auch zu exhibitionistischen Handlungen der Greise. Sie stellen ebenfalls nichts anderes als sexuelle Ersatzhandlungen dar, zu deren Zustandekommen meist schwere Persönlichkeitsdefekte gehören. Aus der Sexualpathologie des Erwachsenen ist bekannt, daß das Exhibitionieren in seltenen Fällen auch einmal bei Menschen vorkommt, die keine Merkmale einer abartigen Persönlichkeitsstruktur aufweisen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle treten sie aber doch bei hochgradig Schwachsinnigen, bei degenerativen Psychopathen, bei Epileptikern und Encephalitikern auf — also bei kranken oder abnormen Menschen, die nicht im Vollbesitz ihrer seelisch-geistigen Gesamtfunktionen sind. Die exhibitionistische Handlung des altersschwachsinnigen Greises ist sexualpathologisch ganz gleichartig zu werten, nur daß sie hier nicht vor Erwachsenen, sondern vor Kindern vorgenommen wird.

Die abnorme Triebbefriedigung mittels unsittlicher Vergehen an Kindern wird im Alter also gesucht, wenn neben der Potenzstörung schwere Defekte der Gesamtpersönlichkeit vorliegen. Diese Defekte sind klinisch recht massiv und betreffen sowohl die Verstandessphäre als auch andere psychische Bereiche. Es besteht nicht nur eine erhebliche Urteilsschwäche, sondern die übrigen Teilfunktionen des Denkens sind ebenfalls geschädigt; lediglich das Gedächtnis kann intakt sein. Von den affektiven Störungen trifft man gemütliche Stumpfheit sowohl wie Affektlabilität und Neigung zu Weinausbrüchen an. In körperlicher Hinsicht sind es oft hinfällige, kraftlose Gestalten mit allen nur denkbaren Alterserscheinungen.

Wiethold meinte, daß der Grund für die unsittlichen Vergehen in Persönlichkeitsveränderungen des Greisenalters zu suchen sei, die „noch innerhalb der Spielbreite des Physiologischen liegen können (Gefühlsabflachung, Einengung des geistigen Horizontes, Starrsinn, Nachgebung gegenüber animalen Regungen jeder Art)“. Die senilen Rückbildungserscheinungen brauchten „keineswegs immer einen so hohen Grad zu erreichen, daß die Zurechnungsfähigkeit dadurch ausgeschlossen wäre“. Dieser Auffassung vermögen wir uns nicht anzuschließen. Die senilen Veränderungen der Persönlichkeit sind im allgemeinen doch recht erheblich und liegen u. E. nur selten im Bereich des Physiologischen. Gefühlsabflachung ist wohl besser durch Gefühlsstumpfheit zu ersetzen, wenn auch zugegeben werden soll, daß die Störungen des Gemütslebens durchaus

nicht im Vordergrund zu stehen brauchen. Die intellektuellen Schädigungen stellen jedoch in der überwiegenden Mehrzahl mehr als nur eine „Einengung des geistigen Horizontes" dar. Wir wiesen schon darauf ihn, welchen Grad gerade die Kritikschwäche im Senium erreichen kann und daß sie als die wichtigste kriminogene Bedingung anzusprechen ist. Hier handelt es sich durchaus um pathologische Merkmale, die die Gesamtpersönlichkeit des Menschen weitestgehend verändern. Wenn man sie sich psychiatrisch genauer betrachtet, sind es meist Individuen, deren Menschentum schon erheblich zerstört ist und in denen lediglich noch triebhafte Tendenzen wirksam sind; die Befriedigung ihrer animalen Regungen ist der ausschließliche Inhalt ihres Lebens geworden. Es soll nicht bestritten werden, daß nicht alle Kinderschänder dieselben schweren Persönlichkeitsdefekte aufweisen und daß sie strafrechtlich keineswegs gleichwertig zu beurteilen sind. Aber auch bei jenen, die nur als vermindert zurechnungsfähig angesehen werden müssen, sind die psychischen Veränderungen ihrem Wesen und ihrem Schweregrad nach doch stets als pathologisch anzusehen. Wir haben in unserem großen Material nicht einen Fall gefunden, bei dem die senilen Veränderungen nicht wenigstens eine verminderte Zurechnungsfähigkeit zur Folge hatten.

Wenn man sich mit diesen alten Männern unterhält, so versuchen sie, ihre Tat in den allermeisten Fällen zu bagatellisieren: Die Mädchen hätten alles gelogen oder zumindest übertrieben; die Mädchen hätten sie dazu aufgefordert; sie selbst hätten gar kein Interesse mehr an solchen Dingen; sie seien beim Wasserlassen überrascht worden; die Leute im Dorfe hätten sie schlecht gemacht usw. Von allen diesen Verkleinerungsversuchen wird das eine oder andere Argument einmal zutreffen. Aber die alten Leute verfolgen dabei doch den Zweck, ihrer Strafe zu entgehen. Das Selbstsicherungsvermögen ist auch bis ins hohe Alter noch vorhanden. Man wird daraus aber niemals schließen dürfen, daß die Verstandeskräfte noch relativ gut erhalten seien.

In seltenen Fällen wird auch einmal die Ausführung einer unsittlichen Handlung durch die sexuelle Frühreife eines Kindes begünstigt werden können. Aber die Seltenheit solcher Vorkommnisse muß u. E. doch betont werden. Für die Frage etwaiger Sicherungs- bzw. Verwahrungsmaßnahmen wird dann ebenso wie in allen anderen Fällen entscheidend sein, ob unter Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit des Täters mit einem Rückfall in unsittliche Vergehen gerechnet werden muß. Oft spricht sich das unsittliche Tun der Greise unter den Kindern auch herum, und es kann dann

schon große kindliche Neugier genügen, um dem Täter eine neue verbrecherische Handlung zu erleichtern.

Die Tatsache, daß die Kinderschändung nur von Greisen aus niederen Volksschichten begangen wird, erklärte *Naecke* aus den besonderen sozialen Verhältnissen. Nach seiner Meinung würden die Greise der wohlhabenden Stände genügend Gelegenheit haben, sich mit Dienstmädchen einzulassen oder Bordelle aufzusuchen. Demgegenüber muß darauf hingewiesen werden, daß die Kinderschänder sich zwar überwiegend aus armen alten Leuten zusammensetzen, daß aber dieses Vergehen auch von sozial höher stehenden Alten begangen wird. Uns sind in der Klinik zwei Fälle von Kinderschändung bei einem Pfarrer und bei einem Kaufmann bekannt geworden. Die Ursache für das Überwiegen der unteren Schichten bei diesen unsittlichen Handlungen möchten wir aber verschiedenen, mehr äußerlich wirksamen Faktoren zuschreiben. In den wohlhabenden Kreisen kümmert man sich mehr um den alten Menschen. Er behält noch bis in das hohe Alter hinein seine Autorität und bleibt Respektsperson. Man umgibt ihn deshalb mit entsprechender Pflege, und er ist kaum einmal sich völlig selbst überlassen. Weiterhin ist die Aufnahme von Beziehungen zu Kindern für diese Menschen recht erschwert. Sie hatten Umgang mit Volksgenossen aus anderen sozialen Schichten kaum gehabt, und jetzt im Alter gelingt es ihnen schon gar nicht. Sie müßten sich meist auch in ganz andere Stadtteile begeben, um ihr Ziel zu erreichen, denn spielende Kinder auf der Straße sind in den Wohngegenden der arbeitenden Bevölkerung oder in den Stadtrandsiedlungen durchaus häufiger anzutreffen als bei den wohlhabenden Volksteilen.

Schließlich ist zu fragen, ob bei einem biologisch minderwertig angelegten Gehirn die Demenz im Alter nicht allgemein mit schwereren Enthemmungserscheinungen einhergeht als dies bei geistig hochstehenden Persönlichkeiten der Fall ist. *Kehrer* hat diese Frage bis zu einem gewissen Grade bejaht, wenn er schreibt: „Nach meiner Beobachtung entstammen senile Demente vielfach geistig primitiveren Kreisen, ohne daß sie aber andererseits als von Haus aus geistig Beschränkte gekennzeichnet werden dürften". Man könnte sich danach gut vorstellen, daß der Schweregrad der psychischen Veränderungen im Senium u. a. abhängig ist von der Artung der primären Intelligenzstruktur. Dies würde aber bedeuten, daß bei Menschen von primitiver Geistesverfassung bestimmte psychische Funktionen schwerer senil geschädigt werden. Ethische Vorstellungen beispielsweise, die früher nur unvollkommen entwickelt vorhanden waren, werden im Alter als Schutz vor krimi-

nellen Handlungen überhaupt nicht mehr wirksam, weil auch sie an der senilen biologischen Schädigung Anteil haben. Dies könnte ein Grund mehr dafür sein, daß es bei sozial hochgestellten Greisen so selten zu unsittlichen Handlungen kommt: Infolge ihrer ganzen geistigen Struktur und ihrer andersartigen biologischen Entwicklung verfügen sie doch immer noch — trotz gewisser seniler Demenzerscheinungen — über ausreichende psychische Hemmungsmechanismen. Die sozial tiefstehenden alten Leute aber, die niemals in ihrem Leben eine vollentwickelte sittliche Vorstellungswelt besaßen, werden diese Hemmungen sehr viel schwerer oder überhaupt nicht mehr aufbringen können und daher eher kriminell entgleisen.

Nach dem vorliegenden Schrifttum müßte man meinen, daß die Kinderschändung das einzige im Alter vorkommende Sexualdelikt sei. Daß dem nicht so ist, kann man zunächst am Incest nachweisen. *Eber* hat vor kurzer Zeit 100 Fälle von Blutschande zusammengestellt und sie genauestens kriminalsoziologisch durchuntersucht. Das Alter dieser Blutschänder setzt sich folgendermaßen zusammen:

Alter.	25-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70
Verurt . . .	1	2	13	28	23	16	11	3	3

Dies bedeutet, daß etwa 1/6 der Fälle älter als 55 Jahre ist und 6% zwischen 60 und 70 Jahre alt sind. Von diesen 6 Männern war einer wegen Blutschande und Wilderns vorbestraft; die übrigen 5 waren nicht vorbestraft. Bekanntlich spielt beim Incest mehr als das bei anderen Sittlichkeitsverbrechen der Fall ist, die Umwelt eine bedeutsame Rolle — eine Umwelt, die meist gekennzeichnet ist durch katastrophale soziale Verhältnisse, Wohnungselend und Krankheit der Ehefrau. Auch hier wird allerdings die primäre Persönlichkeitsstruktur eine ursächliche Teilkomponente für das Zustandekommen der einzelnen Tat abgeben. Aber bei den 5 Tätern zwischen 61 und 70 Jahren wird man wohl ebenfalls entsprechende senile Veränderungen der Persönlichkeit annehmen dürfen, die zusammen mit den exogenen Bedingungen zum Verbrechen geführt haben. Nach *Olbermann* betrug die Zahl der Blutschänder im Jahre 1931 insgesamt 973; davon waren 118, also 17%, älter als 50 Jahre. Auch diese Zahlen beweisen den hohen Anteil des Alters an diesem Delikt. Wichtig erscheint dabei der Hinweis, daß infolge der besonderen Intimität dieses Deliktes nur ein Teil tatsächlich an die Öffentlichkeit und zur gerichtlichen Aburteilung kommt, daß also die sogenannte „Dunkelzahl" bei diesem Verbrechen besonders hoch ist. Dies besagt, daß die absoluten

Zahlen der Blutschänder auch im Alter höher liegen als es aus den Statistiken zu entnehmen ist.

Bei Besprechung der Störungen des Trieblebens im Alter taucht die Frage auf, ob eine echte Triebumkehr im Alter vorkommt, d. h. ob es eine Homosexualität gibt, die sich aus dem Prozeß des Alterns biologisch ableiten läßt. Die im Schrifttum veröffentlichten Fälle von späthomosexueller Betätigung zeigen durchweg ein übereinstimmendes Merkmal: Es handelt sich um Menschen, die nicht im Alter das erstemal homosexuelle Regungen verspürt haben, sondern die alle früher einmal schon gleichgeschlechtlich gefühlt und sich auch entsprechend betätigt haben. Die homosexuelle Triebabweichung ist bei ihnen jahrelang latent geblieben. Erst im Klimakterium virile oder aber durch organische Krankheitsprozesse sowie durch toxische Einflüsse bricht die latente Anlage wieder durch, und es kommt zu erneuter homosexueller Betätigung. Aus unserer Klinik hat vor kurzem *Lemke* in einer größeren Arbeit u. a. über einen 63jährigen Kaufmann berichtet, bei dem es nach Genuß von 7 Glas Bier und einem Glas Wermut zu gleichgeschlechtlichen Handlungen an einem ihm unbekannten jungen Burschen kam. Er litt an einer allgemeinen und Hirnarteriosklerose. *Lemke* nimmt in Anlehnung an seine Theorie von der endokrin-erblichen Bedingtheitder Homosexualität an, daß nicht allein Arteriosklerose und Alkohol „die Grundlage für das Zustandekommen der abnormen geschlechtlichen Befriedigung“ bei dem alten Manne waren, sondern daß auch bei ihm eine Anlage zur Homosexualität vorhanden war, die durch die beiden äußeren Faktoren vorübergehend manifest wurde. Eine primäre Altershomosexualität muß man nach der Theorie von *Lemke* demnach grundsätzlich ablehnen. Die biologisch wirksamen Abbauprozesse können aber eine bis dahin verdeckte gleichgeschlechtliche Veranlagung wieder wachrufen. Daß es dann zu einer aktiven Betätigung im einzelnen Falle kommt, hängt jedoch oft damit zusammen, daß die normalen sittlichen Hemmungen durch entsprechende altersbedingte Persönlichkeitsveränderungen unterdrückt werden.

Es müßte nun eigentlich noch geprüft werden, ob die Altersveränderungen beim Manne, insbesondere vorübergehende kurze Phasen neuerwachter Sexualität, auch zu häufigen Ehebrüchen in dieser Lebensperiode führen. Dies könnte sich unter Umständen in der Zahl der Ehescheidungen im höheren Lebensalter ausdrücken. Da wir nicht über genügend einschlägiges Material verfügen, konnten wir zu dieser Frage nicht Stellung nehmen. Aber grundsätzlich müßte man — auch im Hinblick auf die psychischen Veränderungen

im höheren Lebensalter, die eine Enthemmung auf sittlichen Gebieten ja ausgesprochen begünstigen — diese Möglichkeit durchaus bejahen. Es wäre dies wieder eine neue Konfliktsituation des alten Menschen in der Familie, von denen wir bereits einige andere nennen konnten. Die Stellung des alten Menschen innerhalb der Familie ist jedenfalls für die Entwicklung bestimmter altersbedingter psychischer Veränderungen bei diesen Menschen oft bedeutsam. Die Familie ist seine engere Umwelt, besser: seine eigentliche Welt geworden, und es ist zu erwarten, daß sie entsprechende schädigende oder wohltuende Einflüsse auf den alten Menschen auszuüben imstande ist. Nicht überall werden die alten Eltern gehegt und gepflegt. Nicht alle erwachsenen Kinder fühlen sich verpflichtet, den betagten Vater oder die kranke Mutter zu sich zu nehmen, um ihnen einen sorgenfreien Lebensabend zu sichern. Die Wirklichkeit sieht oft so aus, daß die alten Leute bei fremden Menschen wohnen oder in ein Altersheim gesteckt werden. Gerade bei der klinischen Arbeit hat man häufig Gelegenheit, zu beobachten, wie die nächsten Angehörigen unter den törichtesten Ausflüchten sich weigern, die alten Menschen wieder bei sich aufzunehmen. Gewiß handelt es sich dabei um psychisch kranke oder defekte Menschen, aber in vielen Fällen ist es doch nur Unbequemlichkeit und die Unfähigkeit, persönliche Opfer zu bringen, die den alten Menschen den schweren Weg in die Einsamkeit weisen. Viele von ihnen werden allerdings diesen Weg gar nicht als hart empfinden, weil sie schon zu defekt sind; aber ein Teil bemerkt sehr wohl, daß er abgeschoben werden soll und daß man sich von ihm abwendet. Ihre vielleicht schon paranoid gefärbte Haltung zur Umwelt wird zweifellos dadurch noch fixiert; ein tiefer innerer Groll macht sich Platz, und der Kontakt zur Gemeinschaft lockert sich. Entweder überträgt der Greis seinen Groll gegen die Angehörigen direkt auf alle übrigen Menschen oder aber sein Mißtrauen wächst, man könnte ihn überall so behandeln, wie er es zu Hause erlebt hat. Das aber führt zu einer Einstellung zu Welt und Menschen, die das Begehen von gemeinschaftswidrigen Handlungen durchaus begünstigen kann. Dabei braucht man gar nicht an bestimmte Delikte zu denken. Es wird überhaupt sehr schwer sein, diese kriminogene Bedingung im einzelnen Falle psychologisch aufzudecken. Wir meinen aber, daß man ihr trotzdem eine allgemeine verbrechensfördernde Wirkung zusprechen muß.

Daß der alte Mensch sich sehr viel selbst überlassen ist, spielt vor allem für die Kinderschändung sowie für alle fahrlässig begangenen gemeingefährlichen Handlungen, wie beispielsweise Brand-

stiftung, eine wichtige Rolle. Der Tag des Greises ist nicht mehr mit Arbeit ausgefüllt, sondern er verdöst und verschläft seine Stunden. Auf dem Lande macht der Alte sich zwar immer noch irgendwie nützlich und verrichtet kleine Arbeiten auf dem Hofe, aber es kümmert sich doch niemand mehr um ihn, und er hat genügend Muße, in seiner vielen Freizeit überall herumzulaufen. Bei Zubilligung eines Schutzparagraphen, auch im Falle einer verminderten Zurechnungsfähigkeit, wird man deshalb darauf bedacht sein müssen, für eine solche Beaufsichtigung Sorge zu tragen und den Beschuldigten unter die von Gerichts wegen angeordnete Obhut der Verwandten zu stellen oder aber ihn in ein Altersheim bzw. eine Heil- und Pflegeanstalt zu bringen.

Auch die Stellung des alten Menschen zu seinem Berufe bedarf einer besonderen Besprechung. Sie ist meist gekennzeichnet durch die Tatsache, daß er aus seinem bisherigen Wirkungskreis abtreten muß und jüngeren Kräften den Platz freizumachen hat. Dieses Gesetz des Generationswandels, mit dem sich der alte Mensch oft entscheidend auseinanderzusetzen hat, wird auch nicht von allen alten Menschen gleich ertragen. Es gibt doch viele, die sich gegen dieses Gesetz aufzubäumen versuchen — sei es, daß sie nach Maßgabe ihrer noch erhaltenen artgemäßen Aktivität sich andere Arbeiten suchen, sei es, daß sie dieses „Endgültigkeitsproblem“ auf eigene Weise zu lösen versuchen, etwa so, daß sie sich plötzlich mit religiösen Dingen befassen oder aber an den Alkohol geraten. Wir meinen also hier die Situation, die den alten Menschen schon außerhalb des Berufes sieht. Im Beruf selbst fällt es den jüngeren Arbeitskameraden oft schwer, mit alten Menschen, die kurz vor der Invalidisierung stehen, zusammen zu arbeiten. Die senilen Erscheinungen machen sich auch im Zusammenleben und beim gemeinsamen Schaffen bemerkbar, mit dem Erfolg, daß Reibereien und persönliche Differenzen zwischen Alten und Jungen nicht ausbleiben. Im ganzen wird man nicht verkennen dürfen, daß die Berufssituation für den alten Menschen schwierige Entscheidungen bringen kann und dabei in ihm Bitterkeit und Groll gegen Berufskameraden und übrige Umwelt entstehen können. Die Herausnahme aus dem Beruf ist auch in anderer Hinsicht für ihn folgenschwer. Für den Greis aus der handarbeitenden Bevölkerung bedeutet die Invalidisierung eine erhebliche Minderung seines Einkommens. Ein Teil von ihnen arbeitet zwar trotzdem weiter und sucht dadurch den geringen Verdienst auszugleichen, aber die Hauptmasse der Arbeiter ist durch die Invalidität doch vom Arbeitsprozeß ausgeschlossen. Es vermindern sich zwar mit fort-

geschrittenem Alter die Lebensansprüche, so daß auch die finanziellen Ausgaben geringer werden, aber der Unterschied zwischen dem früheren Arbeitseinkommen und der monatlichen Invalidenrente ist doch recht erheblich. Nicht immer sind Angehörige vorhanden, die einen Teil des Unterhaltes mit übernehmen. Bei Bestehen anderer charakterologischer Voraussetzungen kann auf diese Weise ein Drang nach materiellem Mehrbesitz auftreten, der unter Umständen das Begehen strafbarer Handlungen, vor allem von Vermögensdelikten, begünstigt.

* * *

Wir besprachen einige wichtige innere Ursachen der Alterskriminalität beim Manne und wiesen besonders auf das gleichzeitige gemeinsame Wirken der verschiedenen Bedingungen hin, die schließlich zur verbrecherischen Handlung führen. Diese inneren Ursachen liegen in der Persönlichkeit des alten Menschen selbst oder entstehen als Folge bestimmter, für das Alter typischer Umweltsbeanspruchungen. In beiden Fällen entwickeln sich spezifische senile bzw. „präsenile" Veränderungen der Psyche des Menschen auf dem Boden organischer Altersprozesse. Die hier skizzenhaft und ohne Anspruch auf Vollständigkeit beschriebenen kriminogenen Bedingungen durch entsprechende Darstellung der äußeren ursächlichen Faktoren zu ergänzen und so das Gesamt der Verbrechensursachen im Alter klarzulegen, gehört zum Aufgabenbereich der speziellen kriminalbiologischen Forschung. Von den äußeren Bedingungen scheint uns vor allem der im Alter nicht selten geübte Alkoholgenuß wichtig zu sein, denn das altersgeschädigte Gehirn ist gegen Alkohol allgemein unverträglicher als ein jugendliches gesundes Gehirn.

Die Frage der Zurechnungsfähigkeit wurde oben schon kurz gestreift. Wir sind der Auffassung, daß man die Verbrechen im Alter im allgemeinen doch milder beurteilen müßte, als dies in der Strafrechtspraxis bisher üblich war. Der ärztliche Gutachter sollte nicht nur bei Sittlichkeitsverbrechen der Greise vor Gericht gehört werden, sondern bei allen straffälligen Menschen über 65 Jahren, also zu einer Zeit, in welcher bei der überwiegenden Mehrzahl der Menschen gewisse psychische Altersveränderungen gefunden werden. Davon wird u. E. viel zu wenig Gebrauch gemacht, trotzdem die innere Notwendigkeit sich ohne weiteres aus den biologischen Verhältnissen des Alters ergibt. Die Möglichkeit einer milderen Beurteilung durch die Zubilligung eines Schutzparagraphen im Sinne des § 51, Abs. 1 oder Abs. 2 RSTGB ist sonst bei allen organischen

Erkrankungen, die mit psychischen Auffälligkeiten einhergehen und dadurch zu krimineller Betätigung führen können, durch das Gesetz gewährleistet. Mit demselben Recht muß sie auch für den organisch bedingten Altersprozeß gefordert werden. Der Streit, ob man den Vorgang des Alterns einen physiologischen oder pathologischen nennen soll, ist in diesem Zusammenhang ganz müßig. Entscheidend für die Frage der Zurechnungsfähigkeit ist lediglich die Tatsache, daß es im Alter zu bedeutsamen Persönlichkeitsveränderungen kommt, die die Entstehung einer verbrecherischen Handlung zumindest begünstigen, ohne daß der alte Mensch fähig wäre, das Steuer seines Lebensschiffes wie bisher fest in der Hand zu behalten. Sicherlich wird man von juristischer Seite Bedenken äußern — etwa dies, daß es zu einer gewissen Rechtsunsicherheit führen würde, wenn man den alten Menschen so häufig für straffrei erklären würde. Demgegenüber muß betont werden, daß durchaus nicht jede Begutachtung eine mildere Beurteilung zur Folge zu haben braucht; als Maßstab gilt dem Gutachter ja nicht die Anzahl der Lebensjahre schlechthin, sondern die jeweilige Struktur der Gesamtpersönlichkeit; hinzu kommt die Beteiligung der Rückfallverbrecher, deren kriminelle Handlungen im Alter im allgemeinen auf dieselben inneren Ursachen zurückzuführen sind wie in jüngeren Jahren.

Die Frage, wie die Zurechnungsfähigkeit des älteren Menschen, der noch nicht im Greisenalter steht, zu beurteilen ist, soll hier nicht erörtert werden. Sie kann im Einzelfalle sehr schwierig sein. Aber bei jeder nur verdächtigen psychischen Auffälligkeit sollte man auch bei Beschuldigten in dieser kritischen Lebensperiode eine klinische Beobachtung anordnen. Sie liegt nicht etwa nur im Interesse des Täters, sondern sie trägt auch in hohem Maße dazu bei, die Ordnung eines im Volke wurzelnden staatlichen Rechtslebens weiter zu festigen.

Schrifttumverzeichnis

Aschaffenburg, Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Heidelberg 1923. — *Betzendahl*, Z. Neur. Bd. 167, 1939, S. 127. — *Binswanger*, Die Abgrenzung der allgemeinen progressiven Paralyse. Klin. Wschr. 1894, Nr. 52. — *Cramer*, D. Med. Wschr. 1909, S. 1595. — *Derselbe*, Lehrbuch d. gerichtl. Psychiatrie 1908. — *A. Eber*, Die Blutschande. Heft 30 der Exnerschen Krim.-Abhandlungen. — *Exner*, Kriminalbiologie. Hamburg 1939. — *Giese*, Erlebnisformen d. Alterns. Dtsch. Psychol. 5, 2 (1928) Halle. — *Gruhle*, Beitrag im „Handwörterbuch der Med. Psychol." Leipzig 1930. — *Hübner*, Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie, Bonn 1914. — *Kehrer*, Z. Neur. Bd. 167, 1939, S. 35. — *Kihn*, Krankh. d. Rückbildungs- u. Greisen-

ılters im: Lehrbuch d. Nerven- u. Geisteskrankh. von Weygandt, Halle 1935. — Kirn, Allg. Z. Psychiatr. Bd. 39/1883. — *Kraft-Ebing*, Lehrbuch der gerichtl. ›sychopathologie 3. Aufl. 1892. — *Lange*, Psych. Störungen d. höh. Lebens- lters u. bei Hirnkrankheiten im Handbuch d. gerichtl. Psychiatrie v. Hoche, Berlin 1934. — *Lemke*, Über Ursache u. strafrechtl. Beurteilung d. Homo- exualität. Jena, 1940. — *Marcuse*, Klimakterium d. Mannes, Handwörter- uch d. Sexualwissenschaft. Bonn 1926. — *Mendel*, Die Wechseljahre d. lannes. Neur. Zbl. 29. 10 (1910); Zbl. Neur. 29, 385 (1922). — *Mezger*, Kri- ıinalpolitik, Stuttgart 1934. — *Michel*, Psychol. u. Pathologie d. Brandleger. Ion.-Schrft. f. Krim.-Psych. u. Strfr.-Ref. 1934, S. 507. — *Näcke*, Sexual- rieb. Arch. Kriminalanthrop. Bd. 40. — *Olbermann*, Kriminalität d. altern- ıen Menschen. Diss. Bonn. — *Runge*, Geistesstörung d. Umbildungsalters u. l. Involutionszeit. In Bumkes „Handbuch der Geisteskrankheiten" Bd. 8, S. 542. — *K. Schneider*, Persönlichkeit u. Schicksal eingeschriebener Prostitu- ›rter. 1921. — *Derselbe*, Die psychopath. Persönlichkeiten, 4. Auflage. Wien 940. — *J. H. Schultz*, Geschlecht, Liebe, Ehe. München 1940.— *Derselbe*, Z. Neur. Bd. 167, 193 9,S. 117. — *Straßmann*, Dtsch. Med. Wschrft. 1928 II, S. 2018. — *Vaerting*, Wechseljahre u. Altern bei Mann u. Weib. Neur. Zbl. 919, 470. — *Wenkebach*, Über den Mann von 50 Jahren, 3. Aufl. Wien u. Leipzig: Perles 1916. — *Wilden*, Kriminalität der Sittlichkeitsdelikte seit 910. Diss. Königsberg 1928. — *Wulffen*, Kriminalpsychologie. Berlin 1926. — Zingerle, Über das Greisenalter in forensischer Beziehung. Arch. Kriminal- nthrop., Bd. 40.

Psychologie und Psychopathologie im Jahre 1939[1])

Übersichtsbericht

Von

Prof. **Hans W. Gruhle**, Weißenau

(Eingegangen am 14. März 1941)

In der Literatur der Psychologie und Psychopathologie sondern sich zwei Gruppen von Autoren heraus: die traditionsbeflissenen exakten Forscher, die sich je nach Umständen auch experimenteller und phänomenologischer Methoden bedienen, und die Symboldeuter. Die Kluft zwischen beiden ist kaum überbrückbar. Die ersteren halten die letzteren bestenfalls für Dichter, oft aber für Wahrschauer, Zeichen- und Traumdeuter und verweisen sie aus dem Gebiete der Wissenschaft. Die letzteren halten die ersteren für Wissenschaftler, die an allem Wesentlichen vorbeigehen und in trockener eigensinniger Weise sich um Fragen kümmern, die niemanden interessieren. Da die Symboldeuter in Erkenntnis ihres eigenen Wertes überall den ersten Platz beanspruchen, sei ihnen dieser hier auch eingeräumt.

Symboldeutung

Der Name Siegmund *Freuds*, auf den alle Zeichendeuter zurückgehen, wird nicht mehr oder nur ganz verschämt genannt. Dagegen beziehen sich die meisten gern auf *Jung*, dessen „Wandlungen und Symbole der Libido" auch immer neue Auflagen erleben (1938 die dritte, 428 S., bei Deuticke, Leipzig-Wien). Die experimentelle Psychologie spielt in diese Art der Sachbetrachtung nur wenig hinein. Früher waren es die verlängerten Zeiten des einfachen Associationsversuches, die einen Ausgangspunkt bildeten. Heute bedient man sich vielfach des Rorschachversuches, an dessen Ergebnisse man Deutungen knüpft. Um aber den Bericht über dieses Experiment nicht in 2 Teile zu zerreißen, sei er später einheitlich gebracht. Eine besondere Gruppe der Symboldeuter be-

[1]) Siehe den Bericht über 1938 in dieser Zeitschrift 114 S. 392. 1940.

dient sich der Ausdrucksweise der *Heidegger*schen Philosophie und erreicht damit die Wirkung von Tiefe und Ursprünglichkeit.

Das 144 S. starke Buch von *J. Meinertz*, „Psychotherapie — eine Wissenschaft!" (Berlin, J. Springer 1939) wird denen Freude machen, die gern eine mannigfache hin- und herspringende Auseinandersetzung mit den modernsten Philosophen lesen. Das Buch beginnt mit einem Zitat aus *Kierkegaard* und beweist schon dadurch, daß der Verfasser seine Zeit kennt. Er zitiert am meisten *Heidegger*, *Klages* und *Jung*, bevorzugt die philosophischen Autoren und freut sich an seiner ungemein großen Belesenheit. Da er auch die eigenwillige Terminologie der modernen Autoren in seine Sätze aufnimmt, gibt es oft ein höchst amüsantes Feuerwerk der neuesten Schlagworte. Seine Auffassung, daß die Psychotherapie eine Wissenschaft sei, läßt sich leicht beweisen, da die Definition des Begriffes Wissenschaft ja nicht feststeht, sondern beliebig geformt werden kann. So meint es M. auch, wenn er ausdrücklich ausspricht, daß es richtig erscheine, „den altehrwürdigen Begriff Wissenschaft beizubehalten", aber „seinen Inhalt den neuen Bedürfnissen anzupassen". Man müsse die festen Horizonte fallen lassen und dürfe sich also nicht daran stoßen, daß der bewegliche Horizont und das Wandern des Symbols durch alle Sphären gerade die für seelische Vorgänge allein angemessene Erfahrung sei. Mit dem Symbolproblem beschäftigt sich der Verfasser viel. Seine Erwägungen gehen im leichten Spiel auf und ab und lassen oft die straffe Führung eines durchgehenden Gedankengangs vermissen. Damit der Leser erkenne, ob es sich für ihn lohne, sich mit *Meinertz'* Buch zu beschäftigen, seien noch einige seiner Gedanken beispielsweise angeführt: Es gehöre zur Existenz des menschlichen Daseins, daß es nicht nur sein könne, wie es ist, sondern auch wie es nicht ist. — Das dichterische Wort besitze eine Sphäre, durch deren symbolische Kraft jene Entsprechungen wach werden, die, ein Urelement unserer Seele, durch den fixierenden Zugriff der endgültigen Formulierung allerdings entwest werden.

Von psychanalytischen Ausdeutungen ethnologischer Sachverhalte sei hier nur deshalb eine angeführt, weil auch diese Betrachtungsweise vielleicht einen Liebhaber findet: *H. S. Darlington* in Psychoanalytic. Rev. **26**. 1939 (Kopfjägerei und Paranoia). *G. Bachelard* schreibt eine „Psychanalyse du Feu" (Paris. Gallimard. 1938. 221 S.). Ich kenne leider nur ein Referat. Danach handelt es sich wohl um eine vielseitige Betrachtung aller Symbole, die der Mensch auf das Feuer projiziert. Demnach habe die Naturwissenschaft zum Wesen des Feuers nichts zu sagen. Erst die Einsicht in

die unbewußten Faktoren, welche Erkenntnis und Phantasie des Menschen bestimmen, soll das Problem des Feuers klären. Wichtigere Arbeiten zur Freudschen Psychanalyse sind *H. V. Dicks* „Clinical studies in psychopathology. A contribution to the aetiology of neurotic illness". London, Arnold, 1939, 248 S. Nach einem Referat handelt es sich um eine Deutung der Neurosen. — *W. M. Kranefeldt* in Zbl. Psychother. 11. 1939. (Über Übertragung). — *M. Schmiedeberg* in Psychoanalytic Rev. **26**. 1939 (Suggestion).

Lehrbücher u. Allgemeines

Über „das Bild des Menschen in der Philosophie Johann Gottlieb Fichtes. Untersuchungen über Persönlichkeit und Nation" schrieb *Wolfram Steinbeck* ein 299 S. starkes Buch (München, Hoheneichenverlag 1939). Doch handelt es sich hier nicht um Psychologie, nicht um Fragen des Seins, sondern um Fragen des Sollens. — Das Leib-Seele-Problem in der Philosophie Hollands im 19. u. 20. Jahrhundert wird von *H. Steen* in Nederl. Tijdschr. Psychol. **6** und **7**, 1939 behandelt. Die subtilen Unterscheidungen der Calvinisten entziehen sich einer kurzen Wiedergabe.

Friedrich Gehrung geht in dem 118 S. starken Buche: „Das Seelische. Wider die Verdoppelung des Menschen" vom Geschichtlichen aus (Berlin, Junker und Dünnhaupt 1939). Dies soll hier nicht referiert werden. Nur auf die eigenen Gedanken des Autors sei eingegangen. Aber es ist davon nicht viel zu berichten. Nachdem er sorgsam und geschickt besonders die Seelenbegriffe von Aristoteles und Descartes einander gegenübergestellt und diesem die Theorie des psychophysischen Parallelismus, jenem die der Wechselwirkung zugeordnet hat, bleiben für die eigene Meinung des Verfassers nur folgende Formulierungen übrig: Geist sei der Sammelbegriff für die Denk- und Erkenntnisleistungen. Das Psychische ist als Inhalt ein Körperliches; es gibt keine Vorgänge neben und außer den körperlichen. Psychisch erlebe ich meinen eigenen Vorgang so, wie er an meinem Ich teilhat, physisch dagegen so, wie er an meinem Ich nicht teil hat. Insofern ich ein Vorgang selbst bin, erscheint er mir als psychisch. Man kann also das Selbstsein das Seelische nennen. Ich bin die Gesamtheit meiner Organisation, dieser Vorgänge, die ich psychisch nenne, indem ich sie bin. — Man sieht an diesen Formulierungen, daß es sich in der Arbeit *Gehrungs* gar nicht um Psychologie, sondern um Erkenntnistheorie handelt. Der Verf. macht wieder einmal einen Versuch, das unendlich oft durchdachte Problem in neu nuancierte Worte zu kleiden.

Auch die Studie von *Willy Müller*, „Die Grundlagen der Moral im Spiegel des absoluten Weltbildes“ (München, Reinhardt 1939, 31 S.) handelt zwar viel vom Willen, aber durchaus in außerpsychologischer Weise, so daß ein Referat hier entfällt. Auf die Erkenntnistheorie einzugehen, liegt nicht in der Absicht dieses Referates. Doch sei erwähnt, daß in manchen erkenntnistheoretischen Werken auch psychologische Probleme sorgfältig behandelt werden. So setzt sich *Theodor Ziehen* in der 2. völlig umgearbeiteten Auflage seiner „Erkenntnistheorie“, Teil 2 (Jena, Fischer, 1939, 372 S.) sehr eingehend mit dem Zeitproblem, auch mit pathologischen Phänomenen auseinander. Er gibt auch einen wertvollen Überblick über die Historie der Zeittheorien. Auch in der „Erkenntnislehre“ Bd. 1 von *Carl Stumpf*, her. von *Felix Stumpf* (Leipzig, Barth, 1939, 371 S.) findet sich viel Psychologisches. Vor allem verweilt der Autor bei seinem Lieblingsgebiet, auf dem seine Kennerschaft besonders groß war, der Tonpsychologie, aber auch die Erkenntnisse auf den anderen Sinnesgebieten finden sich zu einer Geschichte der Sinnespsychologie zusammen. Das Problem der inneren Wahrnehmung, die moderne Gestalttheorie, die Phänomenologie werden eingehend und gewandt besprochen.

Wenn ein weithinbekannter Chirurg ein Buch über die Seele schreibt, nachdem er über ein 78jähriges, an Erfahrungen reich gefülltes Leben hinwegsieht, so liegt der Gedanke nahe, daß dieses Buch keine Psychologie im gewöhnlichen Sinn eines wissenschaftlichen Lehrbuches sein will. Der Verfasser, August *Bier* („Die Seele“, J. F. Lehmann Verlag, München 172 S.) wendet sich in der Einleitung auch ausdrücklich an „jeden normalen Menschen“ und versichert, daß sogenannte Fachkenntnisse zur Lektüre nicht nötig seien. Daß es ihm geglückt ist, den richtigen Ton gegenüber dem Publikum zu finden, beweist die Zahl der Auflagen dieses Buches: bis 1939 ist die 5. Auflage (23.—28. Tausend) erschienen. Der Autor bezeichnet seine eigenen Ausführungen als Philosophie und würde nach dem üblichen Sprachgebrauch dadurch die Psychologie im engeren Sinne schon ausschließen, freilich nicht nach seiner eigenen Meinung. Er fühlt sich als Biologe und als Arzt gedrängt, die Seelenfrage zu erörtern. Auf diese soll sich auch mein Referat beschränken. Was der Verfasser an Philosophie beisteuert, entfällt dem Interessenkreis dieser Zeitschrift. Ich übergehe die Geschichte der Seele, der er 18 S. widmet (besonders Heraklit). Seine eigene Lehre folge: Das Wesen der Seele ist die Belebung. Sie hat zwei kennzeichnende Merkmale: Reizbarkeit und zielstrebige Handlung. Also hat auch die Pflanze eine Seele. Diese sitzt im ganzen Körper,

doch spielt sie auf dem Instrument des Gehirns, wie der Künstler auf dem Klavier. Die bewußte Seele ahmt die unbewußte, die ihr als Vorbild vorschwebt, nach, begeht dabei freilich zahlreiche Fehler. Die freie menschliche Seele ist die Vernunft, ein schwaches Abbild des absoluten Logos. An der Kausalität muß man die physische und die psychische unterscheiden, die letztere kommt allein den Lebewesen zu, sie deckt sich mit dem Willen und wird nicht durch Ursachen, sondern durch Motive in Gang gesetzt. Die Theorie der psychophysischen Wechselwirkung, nicht die des Parallelismus sei richtig. Was stünde in der ganzen Welt nicht in Wechselwirkung? — Der Grundtrieb des Menschen ist der Begehrungstrieb, das Streben nach Lust. Doch begeht die Seele zahllose Irrtümer, gemessen an der absoluten Vernunft. Für diese Irrtümer führt B. zahlreiche Beispiele an, aus der Zoologie, Botanik, Medizingeschichte, seinem eigenen Leben usw., auch aus dem Schlaf, dem er noch kurze Ausführungen widmet. — Dies ist der ganze Gehalt des Buches, soweit Psychologisches in Betracht kommt. Man begreift, daß es in der Tat dem Laien viel Freude macht, zumal es mit lebhaften Schilderungen aus dem Jagd- und Forstwesen und der medizinischen Erfahrung des Verfassers geschmückt ist. Anschauliche Schilderungen der Hirschbrunft, des Nutzens des Eichelhähers, des Aufforstens, der Lokalanaesthesie machen das Buch zu einer sehr freundlichen Lektüre. — *Erich Jaensch* teilte in den Ber. d. Gesellsch. Psychol. 1939 eine Rede mit, der er den Titel „Wozu Psychologie?“ gab. Er überblickt frühere und heutige Psychologie und läßt dabei alle Weisheit vermissen, läßt vielmehr seinem Temperament und seinen persönlichen Wertungen ungezügelt den Lauf.

Kretschmer ließ 1939 die 5. vermehrte und verbesserte Auflage seiner medizinischen Psychologie erscheinen (Leipzig, Thieme, 260 S.). Er bringt als Zuwachs vor allem eine Übersicht über die Fortschritte der Gehirnforschung etwa im Sinne *Kleists*. Ferner sucht er die Charakterologie durch Auffindung von Elementen zu vereinfachen, die er Wurzelformen nennt (z. B. heiter, steif, beweglich, sprunghaft) und auf bestimmte Körperkonstitutionen bezieht. Endlich wendet sich der Verf. mehr als früher auch dem Lebensablauf, nicht nur dem Status zu.

W. Reyer schreibt in 162 S. eine „Organische Psychologie“ und greift im Untertitel das Modewort der psychischen Anthropologie auf. (Berlin, Junker und Dünnhaupt 1939). Es ist nicht leicht zu berichten, was der Verf. eigentlich mit organischer Psychologie meint. Denn seine eigene Definition „Lehre von den einheitlichen

Gliederungen und Aufbaugesetzlichkeiten des Bewußtseins" ist so farblos, daß auch manche ganz andersartige Psychologie dieser Umschreibung zustimmen könnte. Eine sensualistische und eine Engrammlehre vermögen keine Einheit der Seele zu konstituieren. Was sich dem Bewußtsein sinnlich unterbreite, sei eine Darbietung. Zu ihr könne sich die sinnhafte Beachtung und die Sinngebung gesellen. R. kennt vier Wirkungsweisen des Bewußtseins: 1. das Auffassen, 2. die ideelle Sinnbildung (praktisches Wirken, Spiel, künstlerisches Schaffen), 3. die abstrakten Sinnbildungen (Zahl), 4. die Wissensformen (Sicherung in logischer Verknüpfung). In allen vier sei das Bewußtsein intentional gerichtet, während die Seele fühlend, mithin zuständlich sei. Bewußtsein wird also der Seele gegenübergesetzt. Das reizbedingte, triebhaft dumpfe Leben sei eine pathologische Erscheinung (was ist der Maßstab ?); über ihr baue sich das seelisch getönte, das bewußt geleitete Triebleben und die geregelte Lebensbetätigung überhaupt auf. Deren Voraussetzungen seien sinnhafte Zuwendungen. Für die Triebe weisen die lebensgesetzlich bewirkten Lebensweisen des Bewußtseins die Richtung. Der Wille errege sich aus dem gegenständlich gerichteten Wertfühlen heraus. Seine Ausführung geschehe in Gestalt des Entschlusses, der Entscheidung, der Tat. Mut, Furcht, Angst, Tapferkeit, Standhaftigkeit, Kühnheit scheinen bei R. Eigenschaften des Willens zu sein. Schließlich fügt der Verfasser noch eine aufbaugesetzliche Charakterlehre an. — Das Buch ist schwer zu lesen, weil der Verfasser die üblichen Begriffe oft in anderer Bedeutung gebraucht. Es ist eigentlich keine Psychologie, weder eine erklärende noch eine verstehende, auch keine psychologische Phänomenologie, sondern eine Art Philosophieren über psychologische Gehalte. Dem Leser, der psychologische Erkenntnisse erstrebt, ist das Buch nicht zu empfehlen. Wer aber seine Interessen weiter spannt in die Grenzbereiche der Erkenntnistheorie und in sonstige philosophische Betrachtungen hinein, findet in dem Buch eine durchaus ernsthafte, schwerblütige, eigenständige Leistung.

E. Bleuler, der am 15. 7. 1939 aus dem Leben schied, und dem manch freundlicher Nachruf galt, hat in seinem ganzen reichen Leben die Liebe und Verehrung aller erworben, die ihn persönlich kannten. Nahm man, ohne seiner trefflichen, aufrechten Persönlichkeit zu gedenken, nur seine wissenschaftlichen Arbeiten her, so erfreute man sich seines guten klinischen Blickes, mancher anschaulichen Beschreibung, mancher präzisen Formulierung. Seine Monographie über die Schizophrenie war zweifellos ein Fortschritt. Aber sobald er den Bereich der klinischen Schilderung von Geistes-

krankheiten überschritt und sich in allgemeinen psychologischen oder gar erkenntnistheoretischen Gedanken versuchte, entdeckte man mit Schrecken eine ungewöhnliche Starrheit seiner Begriffsbildung. Er war ganz der alten Associationspsychologie verhaftet und verwendete nicht selten Ausdrücke und Schlußfolgerungen, die dem Materialismus des vorigen Jahrhunderts, etwa Büchners Kraft und Stoff zu entstammen schienen. Das war der Grund, daß seine Psychologie mit der sonstigen Psychologie unserer Zeit kaum Berührung fand. Wurde er nicht totgeschwiegen, sondern fand er doch einmal einen Kritiker, wie etwa in *Berze*, so wurde Bleuler gereizt und klagte: noch niemand habe sich bisher die Mühe genommen, sich in seine Gedankengänge „richtig" einzuarbeiten, niemand habe diese im eigenen Schaffen benutzt. *Bleuler* selbst hielt seine allgemeinen Gedanken natürlich für klar. Jeder Kritiker mußte sie als seltsam erstarrt, Haeckelisch-Semonisch versteift erkennen. In einer seiner letzten Arbeiten (Nervenarzt **12.** 1939), versucht er noch einmal seine mnemistische Psychologie zu retten. Umsonst. Er war der Meinung, daß sich die psychischen Elemente (!) aus der Mneme herleiten lassen. Sie greife in der Vererbung über die Generationen hinaus. Denken sei eine systematische Ekphorie von Zusammenhängen der Erfahrung. Die Mneme lasse uns sowohl die organismische Zweckhaftigkeit als die Entwicklung der Arten verstehen. Zur Mneme treten nur noch gewisse Tendenzen hinzu. Zweckhaftigkeit sei entstanden durch Association von Trieb und Mneme. Mnemistische und teleologische Zweckhaftigkeit seien ganz verschieden. In der chemisch-physikalischen Welt stecken Urformen der Mneme! — Bleuler protestierte lebhaft gegen *Berzes* berechtigten Vorwurf, seine Lehre sei Naturphilosophie. Das ist sie in der Tat, aber eine Naturphilosophie, die nicht in die Zukunft weist.

Martin Klein geht in seiner 240 S. starken Arbeit „Von der Alleinheit im Ich" (München, Reinhardt, 1939) von der philosophischen These aus, daß die Welt nichts weiter sei als meine Vorstellung, und daß daher der einzig mögliche Ausgangspunkt aller Philosophie das Erlebnis sei: „Ich denke". Es gibt drei Modifikationen des Denkens; jeder Gedanke setzt sich aus drei verschiedenen Bestandteilen zusammen: Wissen, Fühlen, Wollen. Weder Gefühle noch Willensregungen können als selbständige Gedanken gedacht werden, ebensowenig aber auch die Wissensgedanken. Auch sie treten niemals ohne einen Gefühls- und Willensgehalt auf. Alle Gedanken sind vorstellungshaft oder anschaulich, zum mindesten im Wortbild. Vier Prinzipien beherrschen die Gedanken-

verbindung: Im Kausalitätsprinzip wandeln sich die Gedanken, indem sie nach Ursache und Wirkung miteinander verknüpft werden, zu dinglich anschaulichen Vorstellungen und nehmen die Gedankenform der Dinge an. Nach dem Ähnlichkeitsprinzip werden die Gedanken in der Form des Begriffes miteinander verbunden. Nach dem identisch-quantitativen Prinzip nehmen die Gedanken die Form der Zahl, des Maßes, des Raumes oder der Zeit an. Nach dem Mittel und Zweckprinzip formen sich die Gedanken, wenn der Egoismus rege wird, zur menschlichen Handlung. Der Verstand ist das Zerdenken Gottes oder der Einheit zur Vielheit der Welt.

Soweit reichen die psychologieähnlichen Gedanken des Verfassers. Alles übrige ist rein philosophisch. Der Verfasser hat, wie er meint, die Welt gewissermaßen ganz neu gestaltet, von innen her, von dem Erlebnis, ich denke. Er ist stolz auf seine Outsiderstellung und beruft sich nur auf *Constantin Brunner*, „Lehre von den Geistigen und vom Volke".

In die Kategorien des Unbewußten, Unterbewußten, Vorbewußten, Mitbewußten sucht *H. J. F. W. Brugmans* Klarheit zu bringen, indem er das psychisch Unbewußte von dem psychologisch Unbewußten unterscheidet. Ersteres hat die übliche Bedeutung, Letzteres sind Struktureigenschaften des psychischen Lebens, die selbst niemals Inhalte des Bewußtseins sein können. Ich habe den Aufsatz im Referat leider nicht verstanden, da ich mir das Original (Acta psychol. — Haag — **4**. 1939) nicht verschaffen konnte. — In einer 27 S. starken Schrift legt *Kurt Schneider* eine große Anzahl der in der psychiatrischen Praxis täglich gebrauchten Begriffe möglichst fest und untersucht sorgsam ihre diagnostische Bedeutsamkeit. („Psychischer Befund und psychiatrische Diagnose", Leipzig, Thieme 1939.)

Trotz aller Kritik an dem Unfug der (zumal amerikanischen) Fragebogenverfahren stirbt die Methode auch in Europa nicht aus. *K. Neweklowsky* bedient sich des Scholl-Krohschen Fragebogens, der eine Trennung in schizothyme und cyklothyme Typen ermöglichen soll. Nur 5 von 18 Fragen erwiesen sich als brauchbar. Aber auch im allgemeinen widmet der Verfasser der Fragebogenmethode ernste Kritik (Z. angew. Psychol. **56**. 1939).

Eugen Lerch schreibt eine 50 S. große Studie über Sinn, Sinne, Sinnlichkeit im Arch. Psychol. **103**. 1939 und breitet ein großes gelehrtes Material aus über die ursprüngliche Bedeutung und den Bedeutungswandel dieser Worte. Es ist nicht leicht, dieses sprachlich

vielgestaltige Wesen des „Sinns“ durch die verschiedenen Sprachen zu verfolgen, aber man hat großen Gewinn davon.

Die Arbeit von *M. Kreutz*, „Deskriptive Begriffe in der Psychologie“, Lwów. 1939, 68 S. (polnisch) kann nur angezeigt werden als ein Bestreben, sich um die Sauberkeit psychologischer Terminologie auch in außerdeutschen Kulturen eifrig zu bemühen. Wir haben im Deutschen schon große Mühe, die psychologischen Fachausdrücke möglichst einheitlich zu gebrauchen; wir können uns leider mit außerdeutschen Fassungen nur sehr schwer auseinandersetzen. — *Oskar Kutzner* versucht, über das Leistungsprinzip in der privaten Lebensführung zu arbeiten (Z. angew. Psychol. **56**, 1939), doch bringt der wohlmeinende Aufsatz nur Bekanntes. Es ist immerhin interessant, daß sich langsam die Literatur mehrt, die nicht Laboratoriumsprobleme, sondern einfühlend das allgemeine Leben behandelt. Hierher gehört auch eine Studie von *H. B. Smith*, der das Problem des Beweggrundes, des Motivs bearbeitet. Er unterscheidet richtig zwischen Zielmotiv und Herkunftsmotiv (Brit. J. educat. Psychol. 8. 1938). — Wer sich für *Dilthey* interessiert, möge *W. Erxleben*s Studie in der internat. Z. f. Erziehung **7**, 1938 nicht übersehen. — Liest man den Titel des Buches „Psychologie der Götter“ von *A. S. Strauß* (141 S., bei Wittich, Darmstadt), so denkt man wohl sogleich an die Frage, ob etwa die Götter der griechischen Antike — sie sind uns ja am meisten vertraut — gleichsam als Verkörperungen bestimmter menschlicher Eigenschaften oder gar menschlicher Charaktere gelten können. Davon spricht Strauß in der Tat. Aber er gibt so gut wie keine literarischen Belege. Sondern in mehr populärer Form erzählt er allerhand nur von jenen Göttern, die auch in der Astrologie wichtig sind, nämlich von Merkur, Venus, Uranus, Mars, Jupiter, Saturn, Neptun, Mond (und Sonne). Es interessiert, daß jeder „Gott“ auf eine — leere — Funktion bezogen wird, z. B. Jupiter auf die entfaltende Funktion, Neptun auf die auflösende Funktion. Wählt man ein Beispiel, etwa Merkur, die Beziehung setzende Funktion, so hört man, daß hierunter „das Mittler sein“ des Götterboten verstanden wird, also psychologische Beweglichkeit des Denkens und Handelns, Funktionslust, Forschung, Lehre, Gespräch, Mimik, Maske, Lüge, Heuchelei. So wird Merkur zum Gott der Reisenden, Kaufleute, Feinmechaniker, Instrumentenspieler, Ärzte, Künstler, Gelehrten, Astrologen, Spagyriker, Diebe. Der menschliche Typus, bei dem das merkurische Prinzip die Führung hat, kann in einen extraverten und introverten Typ eingeteilt werden. Der erstere ist der geschäftige bewegliche Arbeitsfreudige, Chauffeurtyp, hat

etwas vom Foxterrier, ist gutmütig, offen, sanguinisch, bleibt lange jung. Der introverte Merkurtyp ist der Gediegenere, überlegendere, empfindlichere, kühlere, logischere, ohne Naturverbundenheit. Außer solcher freundlichen, leichthin gehenden Beschreibung jener 8 „Götter“ bringt Str. noch allerlei allgemeine Beziehungen z. B. zur modernen Typenlehre: im Cyclothymen ist natürlich das Jupiterprinzip, im Schizothymen der Saturntyp deutlich; Jungs Extraverter ist jupiterisch, der Introverte saturnisch; Jaenschs Integrierter ist Jupiter, der Desintegrierte Saturn geweiht. Um vom Merkurtyp noch einiges zu verraten, so sind merkurisch: Quecksilber, Fuchs, Tackel, Lunge, Zeugungsorgane, Geiz und Habgier, der Vokal e (deshalb Ebene, See, Schnee, Regen, Zweck, Seele [aber wie steht es denn in anderen Sprachen, also bei Übersetzungen?]), Gelb, das 10.—20. Lebensjahr, der Deutsche, Kobolde, Wotan, Tee und Kaffee. Das Büchlein ist amüsant und nachdenklich zugleich.

*Walter Kröner*s Buch über die Wiedergeburt des Magischen (Leipzig, Hummel 1938) kann nicht empfohlen werden, es steht außerhalb strengerer Wissenschaft. — Von einer „psychologischen Forschung“ Friedrich *Nietzsche*s spricht *Karl Wagner* in der Z. Psychol. **146**. 1939.

H. L. Stoltenberg schreibt ein kurioses, 39 S. umfassendes Büchlein über „Grundformen bewußten Zusammenseins“ (Halle, Niemeyer 1939). Wenn A mit B weiß, daß dieser den Haß denkt, den C zu D hegt, so ist das eine Andermitbewußtschaft. Da aber sehr verwickelte solche Beziehungen ausgedacht werden können, entsteht unter anderem schließlich ein Selbandermitbewußtniswirbewußtsein. Für alle diese Beziehungen erfindet St. neue Worte, ja eine förmliche Kunstsprache z. B. Liebmerknis, Verstehsamnis, Gesinntnis usw. — *W. Betzendal* beschäftigt sich mit dem abnormen Rapport (Allg. Z. Psychiatr. **110**. 1939). Da der Aufsatz in dieser Zeitschrift erschienen ist, sei nur kurz darauf hingewiesen.

Stellt sich beim Lesen eines Buchtitels als erste Reaktion der Gedanke ein, „das ist ja Unsinn“, so taucht als zweites die Vermutung auf, daß der Verfasser offenbar die Worte in ganz anderer Bedeutung meint, als man es gewohnt ist. Dies geht einem so bei dem Buche von *Andreas Gergö*, „Physiologie des Bewußtseins“, Zürich-Leipzig, Rascher Verlag, ohne Jahr (1939). 252 S. So versuche ich, vorsichtig zu formulieren, was dem Verfasser das Wichtigste erscheint. Schon auf der ersten Seite klärt sich die Hauptsache: Empfinden, Denken, Fühlen, Wollen sind mit Neuronen-

funktionen identisch. Das Seelische ist ein Fall oder eine Type der physischen Vorgänge. Die Seele ist eine materielle Bewegung. Es gibt nur eine direkte Erkenntnisweise: die Sinnesperzeption, alles andere ist „durch fortschreitendes Denken entstanden", — Denken aber ist logisch-assoziative Verarbeitung der äußeren Sinneseindrücke. Die Seele fügt sich in das System der Reize und Reizbeantwortungen als Zwischenglied ein. Alle seelischen Äußerungen sind Phasen eines kollektiven Psychoreflexes, besser einer Reaktionsganzheit. Seelische Energie ist nichts anderes als Nervenenergie. — Dies sind ungefähr die Grundthesen des Verfassers. Es ist nun noch an einem Beispiel zu zeigen, wie sie sich in der Durchführung seiner „Psychologie" auswirken. Ich wähle die Gefühle. Der Verf. schreibt: Während sich die strukturelle Organisation der intellektuellen Gehirnprozesse auf den qualitativen und quantitativ-intensiven Grundzug der Nervenerregung zurückführen läßt, ist die dritte Eigenschaft — das Stoffwechselgleichgewicht, die „Güte" oder das „Gelingen" der Neuronerregung — als physiologische Grundlage zur Erklärung der menschlichen Gefühlswelt heranzuziehen. Lust entsteht derart, daß eine relativ ungünstige Stoffwechsellage in die günstige, normale Lage übergeht. Liebe bedeutet, daß das Substrat der betreffenden Objektvorstellung eine relativ gesteigerte Blutzufuhr, also eine ständige Mehrenergie genießt, weshalb es im jeweiligen Aktualitätsfalle mit positivem Biotonus arbeiten kann. — Die Proben dürften eine genügende Anschauung von der Art des Buches vermitteln. Man wird manchmal sehr deutlich an Bechterew, Bleuler, Ostwald, Haeckel, ja schließlich an Büchner erinnert. Jede Kritik ist unmöglich.

J. Rosett hat ein 289 S. starkes Buch über „The mechanism of thought, imagery and hallucination" (New York, Columbia univ. press. 1939) geschrieben. Es stand mir leider nicht zur Verfügung. Aus einem Referate von *Scheid* entnehme ich, daß es sich mit der Jacksonschen These beschäftigt, daß der phylo- und ontogenetisch jüngere Teil des Hirns in seinen Funktionen eher Schaden leide als der ältere. R. kann diese These nicht durchweg verifizieren. Im übrigen scheinen Assoziationspsychologie, bedingte Reflexe mit Hirnanatomie und Nervenphysiologie eng verwoben zu sein.

Die Spontaneität des Menschen wird gern zu verschiedenen Stellen des Hirnstamms in eine psychophysische Beziehung gesetzt. *E. Grünthal* meint auf Grund eines sorgfältig beobachteten Falles eines Erdheim-Tumors, der die oralen Teile des Hypothalamus dorsalwärts verdrängt hatte (völliger Schwund beider corpora mammillaria), daß — unter Ausschluß von Fernwirkungen — diese

corpora die engste Beziehung zum Antrieb, zur Lebhaftigkeit und dem Beziehungsreichtum des Denkens habe. Fallen diese Mammillarkörper aus, so entsteht eine passive spontaneitätslose, gleichsam in der Schwebe befindliche Gesamthaltung der Persönlichkeit. Man weiß nur nicht, warum Grünthal diese zum Korsakoff rechnet (Confinia neur. Basel 2. 1939).

Sonst habe ich zur Frage des Zusammenhanges von Gehirn und Seele in diesem Jahre 1939 nichts Wichtiges gefunden.

Geschichte

Es ist kein glücklicher Ausdruck, wenn es im Vorwort zu *A. Krewalds* Buch über „Carl Gustav Carus" (Berlin, Bernard und Graefe 1939, 70 S.) heißt, er habe „die innere Einstellung des Psychologen zum Menschen wie zur Natur überhaupt in eigenartig gemütvoller Weise vertieft". Es ist auch keine richtige Einreihung, wenn man anderswo Carus als den Naturwissenschaftler der Romantik bezeichnet. Krewald entwickelt die philosophischen, psychologischen und charakterologischen Grundgedanken und die Physiognostik von Carus in etwas nüchterner Weise, die sich indessen höchst angenehm von allem modernen Wortgepränge fernhält. Er weist durchaus zutreffend darauf hin, daß die Wortwahl von Carus nicht ohne weiteres mit der von heute gleichgesetzt werden kann: Seele ist die innere, zum Bewußtsein entwickelte Idee unseres Daseins. Geist ist die zum Selbstbewußtsein kommende Idee. — Aber Krewald wird der Bedeutung von Carus für unsere Zeit nicht gerecht, wenn er (unter Ablehnung seiner Philosophie) nur seine feinen und plastischen Schilderungen lobt.

Werner Leibbrand hat eine kleine Broschüre „Vincenz von Paula" gewidmet, dem Irrenfreund von St. Lazare (Berlin, Metten 1938). Er gibt nicht nur ein ansprechendes Bild von dem großen Menschenfreund und Organisator, der aus St. Lazare (Paris) eine Irrenanstalt statt eines Leprösenheims machte (1632). Sondern in leicht journalistischer, aber niemals oberflächlicher Weise entwirft L. eine interessante Schilderung der schwierigen, abenteuerreichen Übergangszeit von der Renaissance zum Barock. Von der Stellung jener Zeit zum Kranken, zum Geisteskranken, zum Krankenhaus, zur Caritas gewinnt man lebendige Anschauung. Das kleine Buch wird jedem Arzt eine angenehme Lektüre sein.

G. E. Lessing hat eine Schrift des spanischen Arztes *Huarte* über die Begabung seinerzeit übersetzt. Diese Schrift wird von *Mauricio d'Iriarte* in einem 208 S. starken Buche besprochen, das ich aus dem Jahre 1938 nachtragen muß, da es damals meiner Aufmerk-

samkeit entging („Dr. Juan Huarte de San Juan und sein „Examen de Ingenios“. Spanische Forschungen der Görresgesellschaft. Münster, Aschendorff, 1938). Für unsere heutige Psychologie hat jene Schrift keine Bedeutung mehr, dagegen ist sie historisch nicht uninteressant. — *Karl Bittel* veröffentlicht über „den berühmten Hr.-Doct. Mesmer, 1734—1815“ ein kleines Heftchen, das wegen seiner Urkunden, Nachweise, Briefe, Berichte eine sehr lohnende, anregende Lektüre ist (Überlingen, Feyel 1939, 40 S.). — Auf 39 S. orientiert *Hans Bogner* über „den Seelenbegriff der griechischen Frühzeit“ (Hamburg, Hanseat. Verlagsanst. 1939). Der homerische Mensch sei der Typus des ungebrochenen kämpferischen Herrenmenschen, bei dem Trieb und Vernunftseinsicht einig geht. Auch in der klassischen Zeit des Hellenentums zerstören noch keine individualistischen Tendenzen die harmonische Einheit zwischen Sein und Sollen und Wünschen. Erst mit dem Aufkommen der attischen Tragödie (Konfliktslage) bricht der Individualismus ein. Mit dem Seelen„begriff“ hat das alles eigentlich nichts zu tun, doch sind die Ausführungen des Verf. reizvoll. — Eine Geschichte des Intelligenzbegriffes in den letzten 40 Jahren wird von *D. G. Ryans* vorgelegt (J. educat. Psychol. **29**, 1938).

Felix Krüger, der frühere Chef des Leipziger psychologischen Instituts widmet seinem langjährigen Mitarbeiter *Otto Klemm* einen sehr sympathischen Nachruf. (Z. angew. Psychol. **56**, 1939). Die 94 S. starke Arbeit weitet sich aus zu einer großen Übersicht über die Gesamttätigkeit der Leipziger Forschungsstätte in den letzten 3 Jahrzehnten, die nicht nur von *Wilhelm Wundts* Nachruhm lebte, sondern in dem lebendigen Schaffen von *Krüger* selbst und seinem großen Mitarbeiter- und Schülerkreis aus der Entwicklung deutscher psychologischer Forschung nicht mehr weggedacht werden kann.

Traum, Schlaf, Hypnose

Harald von Moers-Meßmer bringt einen kleinen Beitrag zur Frage der Träume mit gleichzeitiger Erkenntnis des Traumzustandes (Arch. Psychol. **102**. 1939). Seine Beispiele sind nicht uninteressant, seine „Erklärungs“versuche befriedigen nicht. Sonst vermochte ich über die Traumprobleme nichts Neues zu finden.

Für das Wissen von der Suggestion ist interessant, daß *A. Brauchle* im Rudolf Heß-Krankenhaus in Dresden in jeder Woche einmal etwa 500 Kranke, sowohl mit organischen wie psychogenen Symptomen, zu einer klinischen Massensuggestion versammelt, bei

der er anscheinend ähnlich dem autogenen Training von *J. H. Schultz* Entspannung lehrt. Er ist mit den Ergebnissen zufrieden.

Charakter, Typenlehre

Der 16. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Psychologie, der in Bayreuth vom 2.—4. Juli 1938 tagte, gab 1939 bei Barth, Leipzig den Bericht über „Charakter und Erziehung" heraus (288 S.). 6 Beiträge der Wehrmachtspsychologie sind in ihm mit enthalten. *M. Simoneit* bespricht hier die wehrwissenschaftlichen Eignungsuntersuchungen, insofern sie geeignet sind, die Charaktereigenschaften der Prüflinge zu erkennen. Wer sich eingehender für die Arbeiten der wehrpsychologischen Stellen, der Eignungsuntersuchungen u. dgl. interessiert, findet in der Zeitschrift „Soldatentum" (1939: 6. Jahrgang) Zweckdienliches. Die speziellen militärischen Tauglichkeits- und Eignungsprüfungen sollen hier nicht referiert, dagegen einige genannt werden, damit der Interessierte nachschlagen kann: *R. Lemke* (über Flieger) Luftf. med. **3**. 1939; *Gemelli* (über Flieger) Riv. med. areonaut. **1**. 1938.

In der oben erwähnten Bayreuther Kongreßschrift bemüht sich *J. E. Heyde* um das Wesen des Charakters, ohne eine Definition zu geben. Einige andere der dort gesammelten Arbeiten werden noch in dem demnächst in dieser Zeitschrift erscheinenden Referat über Kinderpsychiatrie und -Psychologie erwähnt werden.

Ehrig Wartegg bringt eine 261 S. große mit 150 Abb. versehene Arbeit über „Gestaltung und Charakter". Ausdrucksdeutung zeichnerischer Gestaltung und Entwurf einer charakterologischen Typologie" (Z. angew. Psychol. Beiheft 84. 1939). An der Hand der vielfach gebrauchten, aber hier sehr verfeinerten und klug ausgebauten Bildergänzungsmethode bringt der Verf. zahllose Beobachtungen an gebildeten Vp. Die Ergebnisse, die an den guten Abbildungen nacherlebt werden können, sind nach verschiedenen Richtungen aufschlußreich. Die Gemütsregungen der Vp. bei Betrachtung der Punkte, Striche usw. werden sorgsam beschrieben. So entsteht, ohne daß der Verfasser diesen Gedanken verfolgt, eine Art kleine Psychologie des Expressionismus, und eine Grundlage experimenteller Ästhetik. Dem Verf. liegt mehr am Gestaltungsverlauf, der Sinngebung und den charakterologischen Schlüssen, die sich aus dem Verhalten der Vp. ziehen lassen. W. gewinnt dabei eine Reihe von Typen (mit dem unglücklichen Namen der Strukturkreise) und zählt folgende auf: empfindsame, aufgeschlossene, phantastische, willensgerichtete, nüchterne, formale und endlich noch sog. span-

nungsreiche Strukturen. Man begrüßt es, daß der Verf. nicht mit einem vorgebildeten Strukturschema an seine Vp. herantritt, sondern aus den Ergebnissen selbst erst die Gesichtspunkte der Einteilung entstehen läßt. Trotzdem kann man sich, wenn man diese Einteilung übersieht, der Frage nicht erwehren, warum soll ein „aufgeschlossener" nicht auch „empfindsam" sein, oder ein „willensgerichteter" auch zugleich „nüchtern". Es ist die gleiche Frage, die man seinerzeit an die *Spranger*schen Lebensformen richtete. Man kann sie auch so formulieren: wohin rechnet man einen Menschen, der sowohl empfindsam als aufgeschlossen ist. Man kann alle vorkommenden unbunten Farben in eine Reihe gliedern, an deren einem Ende das maximale Weiß und am andern Ende das maximale Schwarz steht. Man kann jeden Menschen allenfalls in eine Reihe eingliedern, an deren einem Ende der maximale Geiz und am andern die maximale Verschwendungssucht steht. Aber man kann kaum jeden Menschen in eine Reihe eingliedern, an deren einem Ende „empfindlich" und am andern „aufgeschlossen" steht. Das sind allgemeine Bemerkungen nicht nur zum Buche *Warteggs* sondern zur Typik überhaupt. Solche Stichworte können immer nur Richtungspunkte sein, denen sich der Einzelne mehr oder weniger nähert. Aber der einzelne kann sich eben mehreren nähern, da sie ja meist weder konträr noch kontradiktorisch gegensätzlich sind. Die Gedanken *Warteggs*, die in Methodik und Ausdeutung auch den Fachmann durchaus bereichern, haben für den an der Psychopathologie Interessierten noch im letztangeführten Gesichtspunkt einen besonderen Reiz: den „spannungsreichen Strukturen". Hier vermutet der Autor vorsichtig dem Pathologischen nahestehende Vp. Er meint damit Menschen, die einer Einordnung in seine Strukturkreise widerstrebten. Leider geht er nur ganz kurz darauf ein. — Es wäre sehr zu wünschen, wenn sich die Erforscher persönlicher Strukturen, z. B. auch in der Heerespsychologie, der Warteggschen Tests bedienten. Sie sind sicher vielseitig verwendbar, wie mir scheint, vielseitiger als der Rorschachtest.

v. Boda verwendet das Wort „Temperament" für die äußerliche, mehr unmittelbar somatisch konstitutionelle Einheit von dynamischen Bewegungs- und Stimmungsfaktoren. Unter „Charakter" versteht er die innerliche, schon entwicklungsbedingte Einheit von Gesinnungs-, Willens-, Einstellungsfaktoren. Unter „Persönlichkeit" faßt er alles zusammen, auch Verstand, Begabung, Interessen, Empfindungsorganisation.

Gegenüber dem schrecklichen Ganzheitsgerede unserer Zeit betont *K. Kreipe*, man solle es sich nicht verdrießen lassen, beim

Studium eines Charakters die Einzelzüge zu beachten und zu erforschen, ob sie Grundeigenschaften oder Milieuergebnisse seien (Ber. d. Gesellsch. Psychol. 1939). *Rolf Bönisch* bringt eine 144 S. starke, mit Abbildungen ausge stattete Arbeit „Über den Zusammenhang seelischer Teilstrukturen“ (München, Beck, 1939) aus dem *Krüger*schen Kreis Leipzigs. B. läßt seine Vp. an einem Zeichentest (Bildergänzungsverfahren), einem Deutungstest (an Rorschach erinnernd) und einer abgebrochenen und fortzusetzenden Erzählung arbeiten. Er versucht, die Ergebnisse für die Erkenntnis des Charakters auszuwerten. Daher unterscheidet er die vorherrschenden Züge des Gefühls, Verstandes, Willens und der Phantasie von den gefügehaften Zusammenhängen der Durchdringung, Abgesetztheit, Spannung, Ungeformtheit, Durchformtheit. B. bemüht sich, seine Befunde mit denen anderer Charakterologen zu vergleichen, z. B. mit Jaensch. Es ist schade, daß die Arbeit, deren Egebnisse durchaus interessieren, in übermäßig komplizierter Ausdrucksweise geschrieben ist. Z. B. „Wir vermuten, daß die Gegliedertheit als ein Merkmal höherer Strukturiertheit u. a. ein strukturierendes Moment des Verstandes darstellt. Auch der die Durchdringung wahrende Verstandestyp wies diesen Zug des architektonisch Gegliederten auf. Dort bildete sich, allerdings in Verbindung mit der Phantasiestruktur ein ganzheitlich-konstruktives Gefüge heraus, während hier dieses gestaltende Moment der Phantasie fehlt.“ Die unaufhörliche Wiederholung von Ganzheit, Gestalt, Struktur, Gefüge ist leider gerade in den Leipziger Arbeiten recht lästig. — *F. Baumgarten* gehört zu jenen Autoren, an denen die moderne Charakterologie spurlos vorübergegangen ist. Sie sucht immer noch nach charakterologischen Einzeleigenschaften, von denen es weit über 1000 geben soll (J. d. Psychol. **35**. 1938).

Über das Wesen des Typus herrscht leider eine große Verwirrung. Anstatt ihn als Gefüge zu fassen, wird er von vielen Autoren lediglich als Eigenschaft definiert. So sprechen manche vom Gewehrtypus 1936, wobei sie jenes Gewehrmodell meinen (*Kafka*). Die Typenlehre von Jaensch wird von einigen seiner Schüler und anderen Autoren nach verschiedenen Seiten hin ausprobiert. So vergleicht sie *G. H. Fischer* mit der Erbcharakterkunde *Pfahlers* (Z. angew. Psychol. **56**, 1939). Aus dem Institut von *E. Jaensch* in Marburg, den der Tod jüngst einer reichen Tätigkeit entriß, ging eine Studie von *Werner Weiland* hervor, der die Tendenz des einzelnen Individuums zur Wertung auf seinen psychologischen Grundtypus bezieht. Um ein Beispiel zu bringen: Der J_1/J_2 Typus hat vornehmlich eine intuitiv-reale Werthaltung, sein

Verhalten gegenüber dem Wertbereich ist vorwiegend hedonisch-aesthetisch. Der J_3-Typus zeigt eine an das praktische Leben gebundene Werthaltung mit Schwerfälligkeit und Sparsamkeit. So baut die Jaenschsche Typenlehre sich immer weiter aus (Versuche an Jugendlichen zwischen 17 und 19 J. Arch. ges. Psychol. **102**. 1939). Dieser Tendenz gilt auch eine Arbeit von *Heinz Schöne* (ebenda) über die Entwicklungsphasen der Jugendlichen. Diese sind nach Jaensch orientiert an bestimmten Grundformen menschlicher Typen. Diese Phasenstrukturen verraten nicht ohne weiteres die Grundstruktur. An Experimenten zeigt der Verfasser dies im einzelnen auf. *E. R. Jaensch* und *Althoff* untersuchten in einer 160 S. umfassenden Arbeit „Mathematisches Denken und Seelenform" (Leipzig, Barth 1939). Sie veranstalteten eine Enquête über das Erlebnis des Mathematikunterrichts und beziehen die Ergebnisse auf die Jaenschschen Typen (mit Hilfe von Tests). Historisch werden die führenden deutschen Mathematiker als J_1- oder J_3-Typen bezeichnet, während die französischen Mathematiker meist mit dem S_2-Typus zusammengehen. In der Bevölkerung sei aber die S_3-Struktur dem deutschen Lebensraum am meisten angepaßt, deshalb müsse der deutsche Unterricht auf sie am meisten Rücksicht nehmen. Würde dies durchgeführt, dann werde die so verbreitete Abneigung gegen die Mathematik bald schwinden. *W. Ehrenstein* bedient sich des Verhaltens der Einzelperson gegenüber optischen Täuschungen, um daran ihre Zugehörigkeit zu bestimmten Typen zu erkennen (Ber. d. Gesellsch. Psychol. 1939). *v. Boda* unterscheidet Typen und Klasseneinteilung. Typus sei nur ein besonderer Klassenbegriff, befriedige nur praktische Zwecke und sei prinzipiell ungenau. Es gebe unendlich viele Typensysteme, aber nur ein ideelles allgemein-menschliches objektives Systemganze, nur eine objektiv wahre Klassenordnung. Die Typenbetrachtung sei äußerlich, dringe nicht in den inneren Aufbau der Persönlichkeit ein. v. Boda kommt auf diesen Gedanken, weil auch er die Verwendung des Wortes „Typ" in der Alltagssprache gelten läßt.

Rorschachtest

Hans Zulliger unterzieht 75 jugendliche Diebe dem Rorschachexperiment. Er glaubt damit auch ohne Kenntnis der Vorgeschichte diebische Neigungen und den Grad der Erziehbarkeit feststellen zu können. Für ihn ist der Rorschachtest von kaum zu übertreffender Güte für die Aufhellung der Struktur des Menschen. Seiner Meinung nach ist die Erziehbarkeit eines Jugendlichen ganz all-

ᵊmein aus dem Versuche abzulesen. Schon das erweckt Zweifel. ʼenn Z. aber gar fortfährt, „Was allgemein gilt, hat auch für die acherziehung der Diebe volle Geltung", so muß man energisch idersprechen. Man stößt oft bei ihm auf solche apodiktischen hesen, die durchaus Widerspruch auf Grund eigener Erfahrung erausfordern. Eine Behauptung wie diese: „Erlebnistypus und ffektivität beim Psychopathen gleichen denen eines Kleinkindes" ıtbehrt schon deshalb jedes Sinnes, weil die Verschiedenheit der sychopathen ja unermeßlich ist. So wird das Buch, das unter dem itel „Jugendliche Diebe im Rorschach-Formdeutversuch" bei laupt in Bern 1938 (166 S.) erschienen ist, im wesentlichen nur ie Liebhaber der Rorschachdiagnose und die psychanalytisch rientierten interessieren, denn eine große Anzahl seiner Deuıngen ist Freudianisch gefärbt. — *A. Ricci* (Cervello **18**, 1939) nerkennt den Wert des Rorschachverfahrens als Prüfstein des ndividuums.

Niemand wird dem Rorschachversuch abstreiten wollen, daß er ewisse Seiten des Einfallsreichtums oder der -armut, der Phanısie im weitesten Sinne, auch des Gemütslebens enthüllt. Bezweifelt ird nur, ob er so tiefdringende, den Kern der Persönlichkeit effende Ergebnisse liefert, wie die Anhänger, besonders die chweizer Autoren behaupten. Schickt man die Ergebnisse eines ersuches an drei Rorschachdiagnostiker ein, die die Vp. nie ıhen, und stimmen diese drei Deuter in ihrer Deutung überein, so ıllte das einen guten Beweis für die Brauchbarkeit der Methode eben. So meinen *Marguerite Hertz* und *B. Rubinstein*, die dieses xperiment in den U. S. A. durchführten (Amer. J. Orthopsychitry **9**, 1939). Hat sich unter den Eingeweihten schon ein bestimmtes chema der Deutungskunst herausgebildet, so beweist eine solche linddiagnostik natürlich gar nichts. Im Gegenteil, sonst pflegen sychische Befunde verschieden ausgewertet zu werden, je nachdem ie mit anderen seelischen Befunden zusammentreffen. Wenn hier eim Rorschach der Deutungsmechanismus schon so erstarrt ist, o ist das wohl amerikanisch, aber nicht überzeugend. *Mary Hunter* ill den Rorschachtest als Ergänzung sonstiger Intelligenzrüfungsmethoden nicht missen; sie übersieht, daß dieser Test auf anz andere Funktionen zielt, als auf die der Intelligenz (Amer. J. rthopsychiatry **9**, 1939). *Detlev Drope* gibt eine Kritik des Rorchach-Versuchs. Er weist mit Recht auf einige bedenkliche Unicherheiten in der Ausdeutung der Befunde hin. Er bemüht sich uch, die Rorschachdeutung mit der Handschriftdeutung bei den leichen Vp. zu vergleichen [illegible] kommt zu gewissen, etwas kom-

plizierten und noch nachzuprüfenden Ergebnissen. Die sorgsam abwägende Arbeit ist interessant (Arch. Psychol. **104**. 1939).

Physiognostik

Hierzu brachte das Berichtsjahr nicht viel Neues.

„Der mimische Ausdruck des Denkens" wurde bisher in der Physiognostik immer so beschrieben, daß er um die Augen herumgruppiert sei. Man wußte, daß das intensive Hinschauen auf einen Gegenstand die gleiche Mimik erzeuge, wie die innere intensive Zuwendung auf einen Denkgegenstand. Man wußte die Banalität, daß sehr große individuelle Verschiedenheiten walten. *Josef Schänzle* widmet dem Gegenstand ein 88 S. starkes Buch mit 15 Tafeln (Berlin, Bernard und Graefe 1939). Leider sind die Bilder sehr klein und undeutlich, und von der Beschreibung mimischer Ausdrücke weiß man ja, daß sie wenig Anschauung vermittelt. So bleibt die fleißige Arbeit, die an jungen Leuten bei Denkaufgaben im Rahmen der Heeresprüfungen gefertigt worden ist, leider etwas mager in den Ergebnissen. Ob z. B. die Mimik des Denkens von der Mimik des intensiv Beobachtens unterschieden werden kann, bleibt offen. Andere Feststellungen wie die, daß auch die Affekte, die das Denken begleiten, sich mimisch ausdrücken, sind ja selbstverständlich. Der praktischen Schlußfolgerung, daß Aussagen über den Intelligenzgrad eines Menschen aus dem reinen Denkausdrucksgeschehen nicht möglich sind, ist zuzustimmen.

Günther Schelling schreibt eine Studie über den Ausdruck des Begreifens (Z. angew. Psychol. **56**, 1939). Er bringt sehr nette Bilder, auf denen an den Vp. der Gesichtsausdruck der Spannung, Hemmung, Lösung und des „Aha" Erlebnisses deutlich wiedergegeben ist. Freilich erfährt man durch dieses wie die meisten physiognostischen Arbeiten nichts Neues.

Über Lachen, Weinen, Gähnen, Niesen, Husten, Singultus hat *J. Zutt* in dieser Zeitschrift **110**, 1939 eine zusammenfassende Studie geschrieben.

Graphologie

Karl Bayer lieferte in seiner 102 S. starken Arbeit „Experimentelle Untersuchung über die Schreibzeit und den Schreibdruck" (Leipzig, Quelle und Meyer, 1939) eine exakte Studie. Einige seiner Thesen seien angeführt: eine sehr schwankende Schreibzeit läßt auch auf ein Schwanken des sonstigen Wesens schließen, wobei

dieses Phänomen sich günstig oder ungünstig auswirken kann. Schnelle Schrift ist sehr vieldeutig. Langsame kann sowohl Gleichmut, Stumpfheit, Antriebsarmut, Gefühlskälte als Sachlichkeit, Zurückhaltung bedeuten. Im Schreibdruck hat man einen Maßstab für die psychische Energie des Schreibers. — Der Verfasser liefert eine wohl abgewogene Abhandlung über die Art und Weise, wie sich experimentelle und einfühlende Methode der Schriftdeutung ergänzen müssen. Diese Studie hat gutes Niveau. *H. Zinke* glaubt dem Druck in der Handschrift bestimmte seelische Verhaltensweisen zuordnen zu können. Nach seiner Meinung entspricht der schwere Druck der Objekt- und Sinnengebundenheit, leichter Druck der Zurückgezogenheit und Geistigkeit (Z. angew. Psychol. **56**, 1939).

Intuition, geistige Produktion, Kunstpsychologie

Carl Happich bringt in einer leider nur kurzen Studie (D. med. Wo. 1939. I) Gedanken zur Psychologie der schöpferischen Situation, einem Thema, das nur selten behandelt wird. Die sancta indifferentia, die in den Vorbereitungen zur mystischen Versenkung oft beschrieben wird, wird von *Happich* als Meditation bezeichnet. In ihr reifen Einfälle, Intuitionen, Erfindungen. Ob es gerade das geordnete Bildbewußtsein ist, das hier als Vorbedingung erscheint, ist vielleicht noch zu diskutieren. *O. Hinrichsen* beschäftigt sich mit dem künstlerischen Schaffensprozeß (Psychiatr.-neur. Wo. 1939). Er hält die Umstände der Epoche, in die eine Leistung fällt, für ungemein wichtig; nur sie erlauben eine befreiende Entladung seelischer Spannungen. Der seelische Rausch oder doch eine weitgehende Unbewußtheit sei Vorbedingung höherer Leistung. — Daß Goethe eine eidetische Persönlichkeit sein soll, hat *Jaensch* bei Vorträgen schon immer behauptet. *J. Ostenfeld* bringt dänisch hierüber eine Studie (Bibl. Laeg. **131**, 1939). Er faßt den Begriff, wie es leider mehr und mehr geschieht, sehr weit und wird dadurch sehr unbestimmt. Sehen, Schauen wird bald wörtlich, bald bildlich verwendet. Goethes Weltanschauung, seine kühl beherrschte Haltung usw., alles wird auf die Eidetik bezogen.

Eine interessante Frage, die auf dem Gebiet der Musik vor kurzem von *Bahle* ausführlich behandelt wurde, schneidet im allgemeinen *Georg Meinecke* an: Herkunft des Schöpferischen; produktives Denken (Z. Psychol. **146**, 1939). Er tadelt an den bisherigen Autoren, mit denen er sich kritisch auseinandersetzt (zumal mit *Selz*), daß sie das Problem zu leicht genommen hätten, und versucht selbst auf phänomenologischem Wege heranzukommen.

Wichtig seien die psychoorganischen Funktionen. Darunter versteht er die Einzigartigkeiten, Verwandtschaftsdispositionen, Durchstimmungen, weiterdrängenden Tendenzen, aufkeimende Determinationen, Wachstumsbestimmung, Notwendigkeit. Wenn man ferner von Denkwährungen und einer siebenfachen Reihung der Bestimmungen, übergreifenden Verbänden, lebenstypischer Führung, selbstgesetzter Gefährdung usw. hört, so hofft man, nachdem man sich mit Mühe in den Sinn dieser Termini hineingearbeitet hat, daß aus ihnen nun die Lösung des Geheimnisses entspringe. Keineswegs. *Meinecke* erklärt die Frage seines Themas für unbeantwortbar. Wenn ein simples Bild erlaubt sei, so beschreibt Meinecke nur die Schlinggewächse, die sich um das Gebäude schlingen. In das Gebäude selbst führt er nicht hinein.

Schon im vorigen Referat (diese Zeitschr. **114**. 403) wurde der großen Studien von *Albert Wellek* über Musik gedacht, die aus dem Krügerschen Kreis der Leipziger Psychologen hervorgingen. Nunmehr verarbeitet *Wellek* seine Aufstellung des linearen Typus (die Hornbostelsche Helligkeit ist die Grundlage der Tonerkennung; Halbtonverwechselungen sind am häufigsten) und des polaren Typus weiter (die Tonigkeit ist wichtig, Oktavtöne werden schwer unterschieden, Quinten verwechselt). Auf der Linie polar-linear kann die Stellung jeder Person aus den vorkommenden Fehlern berechnet werden. Für den L.-Typus ist die Verwechslung von Dur und Molldreiklang kennzeichnend, für den P.-Typ die Verwechslung von letzterem mit dem Dominant-Septakkord. Der P.-Typ deckt sich stark mit dem Farbbeachter- und Ganzheitstyp nach Krüger; der L.-Typ mit dem Formbeachter und analytischen Typ. Weitere eingehende Ausführungen betreffen die Methode der Feststellung der Tonhöhenschwelle. W. trennt die Tonigkeits- und Helligkeitsschwelle und glaubt dadurch die bisher geübte Prüfungsmethode wesentlich zu verbessern. Ein dritter Teil des Buches betrifft die geographische Verbreitung der Typen: (Vp. vorwiegend aus Hamburg, Leipzig, Prag, Wien) die Tschechen stehen den Mitteldeutschen nahe, in Norddeutschland herrscht der lineare Typ weit vor, in Süddeutschland der polare Typ, und in Mitteldeutschland überwiegt der polare Typ nur wenig. Die Stammeszugehörigkeit und nicht der Geburtsort bestimmen nach der Ansicht des Verf. den Typus. Damit stimme überein, daß der Norddeutsche zu polyphonem, der Süddeutsche zu homophonem Erleben und Schaffen neige. Der Titel des 307 S. starken Buches lautet: „Typologie der Musikbegabung im deutschen Volke. Grundlegung einer psychologischen Theorie der Musik und Musikgeschichte“ (München, Beck

1939). Wie schon aus dem bisher Gesagten hervorgeht, handelt es sich um die tonlich-klangliche Musikalität und nicht um den Rhythmus, auch nicht um das künstlerische Erlebnis oder die Produktion von Musik. Freilich bezeichnet W. sein Buch auch als eine Grundlegung einer psychologischen Theorie unserer deutschen Musikgeschichte. Kann Geschichte eine psychologische Theorie zur Grundlage haben? Jedenfalls ist das Welleksche Buch, das auf langjährigen Studien und sorgsamen Experimenten beruht, sehr wichtig für die Erkenntnis des Verhaltens zur Musik. Ob seine geographischen Unterscheidungen wirklich gerade Nord und Süd betreffen, oder ob Rassengesichtspunkte hereinspielen, bleibt ebenso offen, wie die Frage, inwieweit landschaftliche Einflüsse oder endogene Anlagen die von Wellek festgestellten Verschiedenheiten bedingen. Wellek neigt der letzteren Annahme zu. Der gleiche Autor schreibt in den neuen psychologischen Studien *Krüger*s einen kurzen Aufsatz über Gefühl und Kunst (München, Beck, 1939), über ästhetische Gefühle. Der nicht sehr interessante, wenig scharf zugreifende Aufsatz will darlegen, daß der vermeintliche Gegensatz zwischen Form und Ausdruck nicht bestehe.

Die Kunst der Gemütskranken wurde von *P. Schube* und *J. Cowell* untersucht, doch stand mir das Arch. of Neur. (**41**. 1939) leider nicht zur Verfügung.

Alfred Hoche bringt bei Lehmann-München auf 43 S. einen Vortrag, der von den „Geisteskranken in der Dichtung" handelt (1939). Es ist ein ausgezeichneter Vortrag für Laien, die über die meist unwirkliche Darstellung von Geisteskranken auf der Bühne, aber auch über die eigene Psychose der Dichter in ihren Werken geistvolle und wirksame Belehrung erhalten. Aber auch der Fachmann wird das Heftchen gern lesen, — orientiert es doch über manches interessante Zwischenproblem zwischen Dichtung und Psychiatrie. — Es ist zu verwundern, daß in die Sammlung der Beihefte zur Zeitschrift für angewandte Psychologie und Charakterkunde, die schon viele wertvolle Beiträge enthielt, eine so konfuse Arbeit aufgenommen worden ist, wie die von *Helga Baisch* über „Wahrsinn oder Wahnsinn des Genius" (Leipzig, Barth, 1939). Man hätte glauben sollen, das alte Lombrososche Thema von Genie und Wahnsinn sei längst verstaubt. Aber die Verfasserin zieht es in der unglücklichsten Fassung von neuem hervor. Obwohl sie sich nicht darüber klar ist, daß der Begriff des Genius überhaupt nicht psychologisch gefaßt werden kann, sondern in die Wertlehre gehört, sagt sie über den schöpferischen Gestaltungsverlauf mancherlei Ansprechendes. Sowie sie aber in die Begriffswelt der Psychiatrie gerät,

zeigt sich, daß sie deren Grundbegriffe nicht verstanden hat. So finden sich kuriose Behauptungen, daß es kein einheitliches Krankheitsbild „Genie“ gebe, — daß der Wert eines genialen Werkes mit pathographischen Methoden nicht zu ermitteln sei, — daß der gesamte Verlauf des schöpferischen Vorganges in keinem Krankheitsbilde vorkomme, — als wenn je jemand solchen Unsinn behauptet hätte. In den Unterschied von Psychose und Psychopathie, in das Wesen des Wahns usw. hat die Verfasserin nicht die mindeste Einsicht. So klärt sie nicht ihren Problemkreis, sondern häuft neue Irrtümer.

In den Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften bringt *R. Wollenberg* „eine psychologische Studie“ über „Shakespeare“ auf 139 S. (Berlin, Ebering 1939). Weder mit Medizin, noch Naturwissenschaften, noch Psychiatrie hat diese schlichte Biographie des Dichters etwas zu tun. Sie bringt (mit einigen Abbildungen) Schilderungen des Zeitbildes, der Überlieferung, der Hinterlassenschaft und der Persönlichkeit.

Wille

Die Arbeit von *H. Delgado* über die Psychopathologie des Willens stand mir im spanischen Original leider nicht zur Verfügung (Rev. Neuro-Psiquiatr. 2, 1939, 61 S.). Die Unterscheidung des Willensvorganges in Motivation, Überlegung, Entscheidung, Handeln ist freilich ebensowenig neu, als die übrigen Darlegungen des Verf. über die Willensentwicklung. Er beschreibt dann die Abulie, Hypobulie, Impulshandlungen (mit Wiederauftauchen der alten Monomanien), Stupor, ohne neue Gesichtspunkte beizubringen.

Erich Grassl hat schon 1937 bei Barth in Leipzig ein Buch über die Willensschwäche erscheinen lassen. Jetzt folgt 1939 ebenda ein 58 S. starkes Heft „Der Wille als Weg zur Leistung und Persönlichkeit“. Es ist eine wohlmeinende populäre Abhandlung, aus einer Vortragsreihe vor der deutschen Arbeitsfront zusammengefaßt. — Es ist interessant, daß es ein Jurist ist, der sich neuerdings mit dem Wesen des Wollens und des Motivs beschäftigt. *Werner Haensel* bringt ein 166 S. starkes Buch heraus: „Beiträge zur Strukturanalyse des Wollens“ (Leipzig, Barth, 1939), in dessen erster Hälfte er die Entwicklung der Psychologie des Wollens von Ebbinghaus und Ziehen über Lipps zu Pfänder und Hönigswald darlegt. Seiner Auffassung nach ist der wichtige Fortschritt in der Erkenntnis bei Narciss Ach gelegen: vor ihm eine alles in Elemente auflösende naturwissenschaftliche Wollensauffassung, bei und nach ihm eine

Verschiebung des Wollens in das Erlebnis, eine Herausarbeitung des sinnmäßigen Charakters des Verlaufs des Willensaktes. Denn alles Intentionale — und dies liegt in den determinierenden Tendenzen von Ach darin — ist sinnmäßiges Erleben. Damit sei das geisteswissenschaftliche Endstadium der Wollensforschung erreicht. — Nach dieser rückschauenden Betrachtung legt *Haensel* seine Auffassung von der Einheit von Motivation und Wollen dar. Das Wollen sei nur das Endstadium der Motivation. Motiv sei das Erleben einer Situation, die sinnvollerweise eine bestimmte Handlung des Subjekts heischt. Das Motiv einer Handlung habe den durch diese Handlung zu erreichenden Zweck zum Inhalt. Die Sinngehalte der Umwelt existieren nur in Beziehung auf mögliche menschliche Stellungnahme. Es gebe kein selbstgenügsam in sich ruhendes Reich der Werte (im Gegensatz zu *Husserl* und *Scheler*). Ein Wert gehe auf Verwirklichung durch menschliche Handlung. Die Unterscheidung Schelers vom Wollen zur Realisierung eines Sachverhaltes und von der Intention des Tunwollens macht *Haensel* nicht mit. Auch wendet er sich gegen die Trennung zwischen rein rezeptiver Kenntnis der Werte und der Stellung zu ihnen (wie *v. Hildebrand*, *Husserl*, *Scheler* lehren). Seine Einwände überzeugen kaum. Er nimmt ein Erfassen der Werte an, das ein den Gegensatz von verstandesmäßiger und gefühlsmäßiger Aufnahme übergreifendes Erleben sei, und dieses Erleben übergreife nun auch den Gegensatz von Motivation und Wollen. Zur Motivation trete kein „fiat" hinzu. — Schließlich fügt der Autor noch Folgerungen an, die sich für ihn für die Begriffe der generellen Willensfreiheit, der Schuld usw. ergeben. Das Buch ist schwer zu lesen und nur für Leser eine dienliche Lektüre, die sich sehr eingehend mit der Durchdringung von logischen, phänomenologischen und psychologischen Gesichtspunkten beschäftigen wollen. Diesen lohnt es.

Bürger-Prinz untersucht in einer gedankenreichen Studie das menschliche Triebleben und unterscheidet den inhaltlosen Drang (gemeinsam mit dem Tier) von den objektbezogenen Trieben und den werterfüllten Strebungen (z. B. nach Macht, Reichtum, Glück). Die Triebe gehören in die Sphäre, in der Körperliches und Seelisches nicht trennbar sind. Schwindet das Leibliche aus dem Erlebnis, dann mag man allenfalls noch mit *Klages* von Triebfedern sprechen. sollte aber Ausdrücke wie Triebe des Herzens usw. meiden. Man hätte gewünscht, daß sich der Verfasser von seiner klar durchdachten Basis aus einerseits noch mit dem Begriff des Temperaments, andererseits mit dem des Motivs auseinandergesetzt hätte. Der kurze, wertvolle Aufsatz

trägt viel zur Klärung der Begriffe bei. (Mosch, Krimbiol. **30** 1939).

Gefühl

M. Latour gibt auf 44 S. eine Neuausgabe seiner Theorie der Emotionen von 1935: „Premiers principles d'une théorie générale des émotions", Paris, Alcan 1939. Doch scheint er — nach einem Referat — vorwiegend den Gedanken zu behandeln, daß ein geringes quantitatives Mehr einer Eigenschaft ein qualitativ andersartiges Gesamt ergibt. Ferner spricht er von Willen und Schicksal, Disziplin und Freiheit, Ausdruck und Einfall, mehr in schöngeistig essaiistischer als wissenschaftlicher Weise. — Im 6. Bande seines nouveau traité de psychologie vereinigt *Georges Dumas* einige französische Autoren zu einer Behandlung des Themas der „Fonctions systématisées de la vie affective et de la vie active". Das 545 S. starke Buch (Paris, Alcan 1939) stand mir leider nicht zur Verfügung. Einem Referat entnehme ich, daß besonders das Problem des Gemeinschaftsbewußtseins, der sogen. sozialen Gefühle, die Imperative der Gemeinschaft behandelt werden, auch mit Verwertung deutscher Arbeiten (Scheler, Vierkandt, Ach). *G. Davy* und *Ch. Blondel* besprechen diese Gemeinschaftsgefühle; der letztere ordnet auch das Wollensproblem in das Gemeinschaftsproblem ein (Wollen = Handeln). *H. Delacroix* bringt zum Genieproblem farbige und fesselnde Ausführungen. Das Ganze scheint von deutschen Lehrbüchern sehr verschieden zu sein: es bevorzugt die verstehende, einfühlende Psychologie und bringt viel reizvolle, aber unverbindliche Deutungen. — Zur Psychologie der Angst steht einiges Wichtige in der Arbeit von *B. Stockvis* in der Nederl. Tijdschr. Psychol. **7**, 1939. Man pflegt in der psychiatrischen Untersuchung den Kranken doch nicht selten zu fragen: vor was haben Sie denn Angst? Hier weist der Autor nach, daß gerade die gegenstandslose Angst, die Seinsangst, das Vernichtungsgefühl besonders bei Herzkranken vorkommt. Man kennt es ja übrigens auch aus dem (nicht geglückten) Cardiazolanfall. — *Joh. Neumann* gibt 1939 die 2. Aufl. seines populären Buches „Leben ohne Angst" (Stuttgart, Hippokrates-Verlag, 184 Seiten) heraus. Über „Angst und Charakter beim Kampfsport" schreibt *Diez Jäger* eine 61 S. starke Studie (Hamburg, Martin Riegel, 1939). Er untersucht angstartige Zustände auf Hinderniskampfbahnen unter dem Gesichtspunkt der soldatischen Charakterhaltung. Er bemüht sich um den Ausdruck der Angst im Gesicht und um die Beschreibungen, die die Vp. von ihrer Angst gegeben

haben. Einige mitgeteilte Photos besagen nicht viel, weil die verschiedenen mimischen Ausdrücke recht Verschiedenes bergen können. J. beschreibt dann einzelne Charaktere in ihrem Angsterlebnis auf der Kampfbahn. Es handelt sich um eine mehr volkstümliche, für den Sportlehrer und Ausbilder sicher praktisch recht brauchbare Schrift.

Das 316 S. starke Werk von *Lagache*, *Belot* und *Delacroix* über „Les sentiments complexes. L'amour et la haine, les sentiments sociaux, moraux et religieux, les sentiments esthétiques et l'art" (Paris, Alcan 1938) war mir leider nicht zugänglich, auch nicht *D. Fisher*, La confiance en soi (Paris, Flammarion 1938, 252 S.).

Denken

K. Leonhard macht wieder einmal darauf aufmerksam, daß manche Personen beim elementaren Rechnen anschauliche Vergegenwärtigungen räumlicher Schemata haben (Z. Neur. **164**, 1939). Aus der Fülle der wenig fesselnden amerikanischen Test-Arbeiten ragt die Arbeit von *Cleo Chrisof* über „The formulation and elaboration of thought-problems" hervor (Amer. J. Psychol. **52**, 1939). Sie interessiert sich für die Denkpsychologie und berücksichtigt vorwiegend amerikanische Autoren. Das Hauptthema ist die Psychologie der Aufgabe, die an allerhand Experimenten als sehr wichtig für die Lösung dargetan wird. Wenngleich die Schlußformulierung, das Denken sei eine distinktive, hochintegrierte Tätigkeit, nichtssagend ist, bringt doch die Arbeit viel Zweckdienliches. Im vorjährigen Referat konnte ich auf eine kleine Arbeit von *Sganzini* „Was heißt Denken?" hinweisen (**114**, 407). Soweit ich sehe, liegt in der diesmaligen Berichtsperiode zwar keine neue Arbeit von ihm vor, wohl aber ein gut einführendes Referat über des Autors gesamte psychologische Arbeiten von *Jancke* (Arch. Psychol. **104**, 1939). Da Sganzini (Bern) im Reich leider wenig bekannt ist, sei auf seine wertvollen, durchaus originalen Arbeiten hingewiesen. — Ein 276 S. starkes Buch von *C. Konczewski*, La pensée préconsciente" (Paris, Alcan 1939) war mir leider nicht zugänglich. Er scheint sich hauptsächlich mit der Rolle der Affektivität im Denken zu beschäftigen. Auch das 284 S. starke Buch von *Enzo Lolli*, „L'irradiation de la vie et de la pensée" blieb mir unbekannt (Paris, Alcan 1938).

Gedächtnis

Th. Johannes untersuchte die nicht unwichtige Frage experimentell, ob die Sinndurchdringung eines einzuprägenden Materials

den Lernvorgang und das Behalten fördert. Er kam zu einem positiven Ergebnis. Seine Arbeit gehört zu den erfreulichen Studien, die ihre exakte Fragestellung von der alten Elementenpsychologie lösen, und die Fragen des Sinns, der Gestalt, der geistigen Organisierung eines Materiales usw. behandeln (Institut Sander-Jena) (Arch. Psychol. **104**, 1939). — Soweit ich einem Referate über eine Arbeit von *Abramovich* über das Korsakowsche Syndrom folge (Nevropat. i t. d. 8, 1939), versucht er eine Erklärung in seltsam komplizierten Worten zu geben, die keine Erklärung, sondern nur eine umständliche Umschreibung sind. Die Orientierungsstörung gründe sich auf eine Störung in den Beziehungen der Vorstellungen vom Subjektiven und Objektiven. Die Denkstörung sei eine Störung der Individualisierung in dem Prozeß des erkenntnismäßigen Bewußtwerdens der Erscheinungen, der eine Herabsetzung der Aktivität des Erkennens zu Grunde liegt.

Wahrnehmung

Aus dem Leipziger psychologischen Institut ging eine Arbeit von *W. Schmidt-Durban* hervor über „Experimentelle Untersuchungen zur Typologie der Wahrnehmung" (München, Beck 1939, 87 S.). Die Studie beansprucht größeres Interesse, da sie über die psychologische Kleinarbeit hinausgeht und allgemein wichtige Befunde bringt. Es zeigte sich nämlich, daß bei recht verschiedenen Tests (darunter auch Bildergänzungs- und Rorschachproben) die Vp. keineswegs ohne weiteres einem Typus zugerechnet werden konnten. Der Verf. wählte als Gegenpole den Analytiker und den Gefühlsganzheitlichen. Selbst innerhalb eines Tests tritt die Vp. aus dem von ihr erwarteten typischen Verhalten häufig heraus, erst recht wechselt ihr Verhalten bei den verschiedenen Experimenten. Schon 1934 hatte *Ehrhardt* an einem großen Leipziger Material gefunden, daß bei solchen Versuchen eine große Zahl der Vp. sich indifferent verhalte, d. h. keinem bestimmten Typus zugehöre. *Schmidt-Durban* spricht die Vermutung aus, daß ein Teil dieser indifferenten Vp. dem von Krüger benannten gestaltungskräftigen Typ zugehöre. Aber es kommt sogar vor, daß eine „gegentypische Steuerung" einsetzt, d. h. daß der Typus gerade das extrem andersartige Verhalten zeigt. Mir scheint wichtig, daß sich aus diesen Versuchen wie seinerzeit bei der Kritik der altmodischen Reaktionsversuche die Erfahrung herausstellt: je nach Situation „kann der Typus auch anders"; oder zum mindesten: viele können sich bald so, bald so verhalten, und es gibt nur wenige Typen, die starr und extrem sind.

Man würde in der Typologie, auch bei den Körperbautypen, schneller weiterkommen, wenn man den Begriff des Typus immer nur als eine Konstruktion ansieht, die in der Wirklichkeit nur selten vorkommt, — daß die große indifferente Masse das Wirklichkeitsfeld füllt, und daß der einzelne, wenn überhaupt, dann bestenfalls „auf einen Typus hin" gekennzeichnet werden kann.

Wer sich für Erkenntnistheorie und benachbarte psychologische Theorien interessiert, sei auf den Aufsatz von *Hermann Lešanc* im Arch. f. d. ges. Psychol. **102**, 1939 hingewiesen: „Über das unmittelbare Gegebensein in der äußeren Wahrnehmung". L. ist überzeugt, daß es keines Seinsurteils bedarf, um ein reales Ding als wirkliches erfassen zu können. Die Einheit und Ganzheit des realen Dinges sei schon in der einheitlichen gegliederten Ganzheit des unmittelbar gegebenen Gegenstandsbereiches begründet. Die Annahme synthetischer Gestaltungsprozesse als notwendiger Bestandteile der äußeren Wahrnehmung könne daher fallen gelassen werden (vgl. damit die Arbeit von *Kloos* im vorjährigen Bericht in dieser Zeitschrift **114** S. 409). — Über Darstellen und Betrachten der Perspektive geben *Ten Doesschate* und *F. P. Fischer* (Ophthalmologica, Basel **97**, 1939) einen guten Beitrag. — Untersuchungen über die Eidetik sind deshalb heute recht schwierig miteinander zu vergleichen, weil höchst Verschiedenartiges unter diesem Worte verstanden wird, in der Spanne, die sich zwischen dem Vorkommen der echten Anschauungsbilder und einer allgemeinen lebendigen Vorstellungskraft ausspannt. Die Untersuchungen, die *Broddi Johannesson* in Island anstellte (Z. Psychol. **146**, 1939) scheinen sich auf die ersteren bezogen zu haben. Bei den dortigen Kindern kamen die Anschauungsbilder in ähnlicher Häufigkeit wie in Deutschland vor, auf dem Lande häufiger als in der Stadt.

Jac. van Essen arbeitet in der Mschr. f. Ohrenheilk. **73**, 1939 über die Stille und unterscheidet die rein sinnliche Komponente „Unhörbarkeit" und eine Bedeutungskomponente „Schweigen". Der Seelentaube hört auch nicht die Stille. — *Hans Sandig* stellt „Beobachtungen an Zweiklängen in getrenntohriger und beidohriger Darbietung" an (München, Beck 1939). Die komplizierten, nicht leicht zu erfassenden Ergebnisse bestätigen die Konsonanzlehre Krügers: Konsonanz und Dissonanz sind Komplexqualitäten, für deren Artung die Differenztöne den Ausschlag geben.

D. Usnadze beschäftigt sich mit dem Problem der Urteilstäuschung bei der Volumen- und Gewichtsschätzung. Er glaubt allgemeine Regeln gefunden zu haben, die sich auch auf akustische und optische Täuschungen beziehen. Ich bin leider aus dem Referat

nicht recht klug geworden, doch scheint es sich um wichtige Untersuchungen zu handeln. Das Original (Acta psychol. — Haag — **4**, 1939) lag mir leider nicht vor.

Zur Gestalttheorie hatte *Spearman* eine sehr abfällige, von wenig Verständnis zeugende Kritik gebracht. *G. W. Knox* setzt sich mit ihr auseinander und deckt die Irrtümer und Mißverständnisse von Spearman auf (J. Psychol. 7, 1939). Zur Gestalttheorie lieferte *G. H. S. Razran* einen seltsamen Beitrag. Die Vp. erhielten verschieden gestaltete Lichtreize und zugleich Röllchen mit graduierten Hohlräumen für Speichelabsonderung unter die Zunge. Erlebte Gestaltqualitäten wurden also zu produzierten Speichelmengen in höchst exakte, in vielen Kurven veranschaulichte Beziehungen gesetzt. Wie glücklich müssen diese Vp. gewesen sein! Wer holländisch lesen kann, sei auf das gründliche Referat von *Martha Flint* über die Strukturen der Umwelterfassung aufmerksam gemacht (Nederl. Tijdschr. Psychol. **6**, 1939). Ich entnehme einem Referat, daß sie alle modernen Theorien, besonders die deutschen, ausführlich kritisch bespricht.

Für die Leser dieser Zeitschrift dürfte ein eingehendes Referat über die Sinnespsychologie mit allen ihren Liliputbefunden kaum interessant sein. Ich erwähne daher nur wenige wichtigere Arbeiten. Wer sich für die Grundprobleme des Sehens, Farbenerfassung, Grenzlinienerregungen, Randzonen, Umfeld und Infeld, Nachbilder, Glanz usw. interessiert, greife zu der wertvollen Arbeit von *Ernst Fleischer* über Flächensehen (Z. Psychol. **145**, 1939). Interessante Beobachtungen über krankhafte Störungen der Zeitwahrnehmung bei verschiedenen Fällen teilt *O. Pötzl* mit (Wien. klin. Wo. 1939. I). Um das Phänomen der Scheinbewegung ist es stiller geworden, seit der Kreis der Gestaltpsychologen Deutschland verließ. *W. Ehrenstein* bringt noch einige Versuche dazu (ohne Dunkelpause) in Z. Psychol. **144**, 1938. *H. J. Schnehage* dehnte die Untersuchung der Scheinbewegungen auf die taktile Sphäre aus, wo *Benussi* schon vorgearbeitet hatte. Es ließen sich interessanterweise auch dann Scheinbewegungen feststellen, wenn die gereizten Punkte auf ganz entfernten Gliedern einer Vp. angeordnet waren; auch bei blinden Vp. Die Umstände und Beziehungen sind verwickelt, doch werden diese Untersuchungen einmal wichtig werden sowohl für eine allgemeine Lehre von der Scheinbewegung als vom Raumerlebnis (Arch. Psychol. **104**, 1939). *H. Lehmann* aus dem Erismannschen Institut der Universität Innsbruck widmet der Scheinbewegung eine größere Arbeit (Arch. ges. Psychol. **102**, 1939). Er schließt sich — im Gegensatz zu den Gestalttheoretikern — *Galli* und *Gemelli*

an und glaubt, daß sich die Scheinbewegungen erklären lassen als Ergebnis einer auf Erfahrung gegründeten Wahrnehmungsaktivität, als Tendenz zur Einordnung der sich uns in der Außenwelt bietenden Erscheinungen in einen realen Geschehenszusammenhang. L. sieht also die Ursache des Phänomens in der Subjektivität und lehnt jede rein physiologische Konstanztheorie ab (ebenso *Erismann*, ebenda).

Motorik

Das interessante Gebiet der Psychologie der menschlichen Bewegung wird fast niemals behandelt. So ist es zweckvoll, auf ein kleines Buch des Gymnastiklehrers *Rudolf Bode* hinzuweisen, das in seiner Art einen Beitrag dazu liefert. Sein Zweck ist, „dem deutschen Menschen die Ungezwungenheit und Elastizität seiner körperlichen Bewegungen wiederzugeben". „Energie und Rhythmus", Bewegungslehre des menschlichen Körpers. Mit 300 Übungen und 196 Bildern; 52 S. Goslar, Blut und Bodenverlag. Versucht man freilich aus den einleitenden 12 Lehrsätzen einige Gedanken wiederzugeben, so gerät man in einige Verlegenheit. Denn aus dem wohlmeinenden Zusammenhang gerissen, erscheinen diese Sätze seltsam selbstverständlich und banal. Z. B. Leibesübung ist Überwindung von äußeren und inneren Widerständen. Die Aufgabe der Gymnastik ist die lebendige Entfaltung und geistige Formung des Bewegungslebens. Diese Entfaltung ist gebunden an das Zusammenspiel von physikalisch, physiologisch und psychisch richtigem Ablauf der Bewegung. Federung ist Ausgang jeglicher Bewegungslehre. Das Bild des rhythmisch, d. h. natürlich bewegten Menschen ist immer ein Totales usw. Das Streben der 300 Übungen zielt auf eine möglichst harmonische Ausbildung des ganzen Körpers und seiner Bewegungen. — *Fr. Schroedersecker* untersuchte das psychomotorische Tempo bei den Kretschmerschen Typen. Es stimmte alles sehr schön, so wie es *Enke* früher darlegte (Z. menschl. Vererb. u. Konst.lehre **23**, 1939). Unter dem vielversprechenden Titel: „Gestaltpsychologische Untersuchungen zur menschlichen Motorik" teilt *H. Voigt* die Ergebnisse von Jenaer Versuchen mit (Arch. Psychol. **103**, 1939). Die Vp. sollte in der Luft ganz nach Gutdünken eine Figur „schlagen", z. B. ein Dreieck. Die Figuren werden mühevoll berechnet und ergeben einige recht bescheidene Ergebnisse: eine gewisse persönliche Konstanz der Gesamtbewegung beim Einzelnen und die Möglichkeit, aus diesen Bewegungen als Ausdruck gewisse charakterologische Schlüsse zu ziehen. — *Ed. Claparède* liefert einen interessanten Beitrag zum Körperhaltungsbewußtsein (Arch.

de Psychol. Genf **27**, 1939). Der Versuch, den eigenen Körper sich um 360° sich drehend zu vergegenwärtigen, stößt auf seltsame Schwierigkeiten, die der Verf. analysiert.

Experimentelle Psychologie

Die amerikanische Testpsychologie wird in Deutschland schon seit vielen Jahren wenig geschätzt. Selbst wenn sie vermeidet, Intelligenzquotienten auf mehrere Dezimalstellen zu berechnen, erscheint sie oft überraschend geistlos. Man wird sich solcher Tests immer gern bedienen, um bestimmte Gelegenheiten zu schaffen, bei denen das Individuum seine Intelligenz entfalten kann. Man wird bei Gelegenheit notwendiger Auslesen von Über- oder Unterbegabten auch das Testverfahren im rechnerischen Sinne nicht entbehren wollen. Aber jene ungemein große Literatur der USA. über immer neue Tests oder deren Anwendung auf Tausende von kriminellen Kindern oder erwachsenen Verbrechern oder Studenten lohnt kaum des Referats. Ich habe soweit es mir technisch möglich war, die einschlägige Literatur durchgesehen und erwähne hier nur, was mir an neuen Gedanken oder Befunden wichtig erschien. *W. Stephenson* sucht die Vorwürfe zu entkräften, die speziell von der deutschen Psychologie erhoben worden sind, ohne daß ihm dies glückt, auch nicht durch den Hinweis, daß nicht nur die allgemeine Begabung (Faktor g, *Spearman*), sondern auch Spezialbegabungen gemessen werden (Brit. J. med. Psychol. **18**, 1939). Einen Phantasietest, den *F. Sander* schon seit 1920 verwendet, und der verlangt, zusammenhanglose Teilgestalten in ein Ganzes einzubauen, benutzte *E. Berger*, um die Eignung 14jähriger Schulabgänger zu prüfen. Er glaubte damit, Arbeitstempo, technische Begabung, allgemeine Intelligenz, Konzentrationsfähigkeit der Vp. beurteilen zu können (Arch. Psychol. **103**, 1939). — *Paul Wachter* arbeitete in Jena über das Gestalterleben an Geisteskranken (optische Täuschungen). Er fand, daß Schizophrene mehr einzelheitlich, Circuläre mehr ganzheitlich reagieren. Beide unterliegen stärker der Täuschung als Normale. Es ist dem Verfasser entgegenzuhalten, daß es ein ernster methodischer Fehler ist, Geisteskranke bestimmten Aufgabestellungen zu unterwerfen und die Ergebnisse mit den Versuchen bei Normalen zu vergleichen. Ein Geisteskranker ist schon bei seiner Stellung zur Aufgabe so anders orientiert, daß exakte Vergleiche ausgeschlossen sind (Arch. Psychol. **104**, 1939).

B. Stokvis läßt einen Vortrag über die „Bedeutung der experimentellen Psychologie für die Medizin" holländisch erscheinen

(Lochem 1939, 25 S.). Doch findet sich darin nichts Neues. In der Tat ist diese Bedeutung nicht groß. — Ich kann mich nicht entschließen, die zahlreichen experimentell psychologischen Arbeiten, zumal die aus den USA., eingehender zu referieren. Sie entbehren meist aller wesentlichen Beziehungen zur allgemeinen Psychologie und sind allerspeziellsten Fragestellungen gewidmet. deren Bedeutung man nicht erkennen kann. Viele Arbeit wird hier nutzlos vertan. Andere bringen vielleicht einen winzigen Baustein zu einem kleinen Teilproblem bei. *Hildegard Rath* unternahm ergographische und dynamometrische Untersuchungen an normalen Frauen; die Ergebnisse stellen eine Vorarbeit für spätere Vergleichungen in der weiblichen Arbeitspsychologie dar (Arch. Psychol. **104**, 1939). Über die Psychologie der Übung arbeitete experimentell *H. Woodrow* (J. Psychol. **7**, 1939), allgemein über Arbeitspsychologie *A. Puca* (Fol. med. Napoli **25**, 1939). *Hermann Lufft* bringt einen Aufsatz über das Ermüdungsproblem beim Feldherrn (Arch. Psychol. **103**, 1939). Er zieht beispielsweise einige Fakten aus allerlei Feldzügen herbei, die er als Ermüdungserscheinungen deutet, spricht dann vom Tagesrhythmus von Arbeit und Ruhe, von der Ermüdung des schöpferischen Menschen, Erschlaffung infolge Wiederholung und ähnlichem und gibt eine Reihe von wohlgemeinten, natürlich etwas unbestimmten Ratschlägen.

Tierpsychologie

Walter Schaff hat am Bucher Hirnforschungsinstitut interessante Studien an hyperkinetischen Mäusen, sogen. Shakers (Schüttlern), einer Mutation der Hausmaus, unternommen und im Umwegsversuch, bei Nahrungssuche, beim Löchernagen beobachtet, daß die Tiere allerlei Fehlreaktionen zeigen, die der Verfasser auf die menschliche Chorea u. anderes bezieht. Sind seine Schlüsse auch nicht durchweg überzeugend, so ist seine Arbeit doch als eine der — seltenen — Studien zur Psychopathologie der Tiere interessant (Arch. ges. Psychol. **102**, 1939). Die Frage, wie sich die Geschwindigkeit einer tierischen Bewegung bei Erstrebung eines Zieles im Laufe dieser Bewegung ändert, wird an Ratten von *G. C. Drew* (J. comp. Psychol. **27**, 1939) untersucht. Forschungen über die Wahrnehmung und die Motorik von Hühnern von *A. Siegfried* (Marburger Schule von *Jaensch*) (Z. Psychol. **144**, 1938) ergeben nördliche Hühner = nördlichen Menschen, südliche Hühner = südlichen Menschen. Mit Erschrecken weigert sich die Phantasie, auszumalen, wohin dieser Drang von *E. R. Jaensch*, Grundformen menschlichen

Seins auch in der Tierwelt wiederzufinden, noch führen kann. Diese nördlichen und südlichen Hühner tauchten auch in dem vorjährigen Bericht (diese Z. **114**, S. 420) schon auf. *E. R. Jaensch*, der mit seinen Schülern schon durch Jahre diese Hühnerpsychologie betrieb, sah darin ein wertvolles Hilfsmittel zur Klärung menschlich-rassenpsychologischer Fragen (Z. Tierpsychol. **2**, 1939).

Über die Psychologie der Haustiere und der Domestikation schreiben *G. Steinbacher* (Z. Tierpsychol. **2**, 1939) und *K. Lorenz* (Ber. d. Gesellsch. Psychol. 1939). In den Naturwiss. 1939 bringt *Werner Fischel* Gedanken über das Gedächtnis und Denken bei Tieren und Menschen. Über die Anschauungen und Arbeitsweisen der Marburger Tierpsychologenschule, besonders an niederen Tieren, berichtet *Fr. Alverdes* in der Z. Tierpsychol. **2**, 1939. Auf komplizierte Wahlhandlungen der Schimpansen geht *K. W. Spence* in Comp. Psychol. Monogr. **15**, 1939 ein. *J. Benner* arbeitete über die Raumwahrnehmung der Hühner (Z. Zool. **151**, 1938). *F. MacCord* behandelte das Gedächtnis der Ratten in bezug auf eine vorher gestellte Aufgabe (J. comp. Psychol. **27**, 1939).

H. J. Feuerborn (aus dem Zoologischen Institut Berlin) wendet sich gegen die Dichtungen von *C. G. Jung* von den zwei Formen des Unbewußten. Er lehnt auch die Theorien von *Alverdes* ab, daß die Instinkte der Tiere echten Symbolhandlungen beim Menschen gleichzusetzen seien. So sehr man des Verf. Standpunkt teilen wird, daß das Hereintragen anthropistischer Gesichtspunkte in die Biologie der Tiere nicht mehr lohnt, auch nicht wieder lohnt, so sehr wird man ihm widersprechen müssen, daß er Seelenvorgänge den übrigen Lebenserscheinungen gleichsetzt. Es ist ein schlimmer Gemeinplatz, daß Seelenvorgänge auch Lebensvorgänge sind, — was sollen sie denn sonst sein, — aber Seelenvorgänge sind eine besondere Art von Lebensvorgängen, die eben den Gesichtspunkten der Psychologie zugänglich sind und keinesfalls nur „mechanistisch erklärt" werden dürfen. Wenn Feuerborn somit auch ganz „altmodisch" denkt, so regen seine klugen Ausführungen besonders über den Gesang der Vögel und den Netzbau der Spinne sehr zur Diskussion an (Biol. generalis — Wien — **14**, 1939). — Jeder, der sich für Tierpsychologie interessiert, sei auf die ungemein ausführlichen gewissenhaften Referate von *F. Schwangart* (München) hingewiesen, von denen der 6. jetzt im Arch. Psychol. **104**, 1939 erscheint. Er bringt auf 110 S. 277 Besprechungen von Büchern und Zeitschriftenaufsätzen über höhere und niederste Tiere. Dabei geht der Verfasser auch auf Physiologisches ein. Der sehr wertvolle Gesamtbericht vermittelt nicht nur die Kenntnis eines überaus

reichen Materials, sondern auch sorgsame gedankenreiche Kritik (etwa für die Jahre 1936—38). — Daß die Z. für Tierpsychologie natürlich vielerlei Wissenswertes bringt, ist selbstverständlich. Die dort zu findenden Einzelheiten sollen hier nicht alle wiedergegeben werden. Mutig geht diese Spezialwissenschaft auch an die Sozialpsychologie heran. So stellt sich *E. W. Rasmussen* die prächtige Frage: Werden die Ratten, wenn sie einen elektrischen Schlag erhalten, sich in Gruppen anders benehmen, als wenn sie allein sind? Er antwortet mit einem überzeugten Ja. Damit ist eine enge Verwandtschaft der Ratten mit den Menschen erwiesen (Acta psychol. — Haag — **4**, 1939).

Alterspsychologie

Über die normalen seelischen Veränderungen im Alter arbeiteten *H. v. Bracken* und *Gruhle* (beide in der Z. f. Altersforschung I. 1939). Beide Studien bringen nichts wesentlich Neues und sind doch deshalb brauchbar, weil die Lehrbücher meist auf dieses Sonderproblem nicht eingehen. Im Schweiz. Arch. Neur. **43**, 1939 schreibt *C. v. Monakow* einen sehr persönlich gestalteten „Panegyrismus des natürlichen Greisenalters".

Hans Künkels 108 S. starkes Buch über „die Lebensalter" (Jena, Diederichs 1939) ist wissenschaftlich suchenden Menschen nicht zu empfehlen, sondern ein ganz populäres, zum Teil sehr banales Schriftwerk. — Über den Einfluß des Alterns auf den Ablauf seelischer Störungen bringt *Gruhle* in der Z. f. Altersforschung I, 1939 eine kurze Studie. Zur Frage der seelischen Alterserscheinungen haben im Berichtszeitraum mehrere Autoren das Wort ergriffen. Alle erwähnen natürlich die Selbstverständlichkeit, daß große individuelle Verschiedenheiten bestehen. *Betzendahl* (Zentrbl. Neur. **94**, 1939) weist auf das Erlebnis des Unwiederbringlichen und Endgültigen besonders hin, das entweder die Tendenz des Erhaschens noch möglichst vieler Lebensgüter oder die Haltung der Entsagung ergibt. Er macht auch mit Recht darauf aufmerksam, daß sich das seelische Altern verschieden gestaltet, je nachdem die betr. Kulturepoche zum Altersproblem steht. *J. H. Schultz* behandelt das Thema in sehr moderner, allen neuzeitlichen Ausdrucksweisen gerechter Weise (ebenda).

A. Ronge schneidet das interessante Thema der sozialbiologischen Bedeutung der Lebensbewährung an (Med. Welt 1939), bleibt aber in seinen Hin- und Her-Erwägungen etwas unbestimmt: mit

der Lebensbewährung allein könne die Frage nach der Wahrscheinlichkeit eines erbgesunden Nachwuchses kaum gelöst werden.

Rassenpsychiatrie

Die Psychiatrie der Rassen ist ja leider, so wichtig das Problem ist, noch sehr wenig exakt behandelt worden. Einzelne Berichte von Forschungsreisenden bringen meist nur schwer deutbare Beobachtungen von Laien. *H. Aubin* teilt eine große Anzahl von gemütskranken Angehörigen französischer Kolonialtruppen mit (Ann. méd. psychol. **97** I. 1939), ohne daß man daraus allgemeine Erkenntnisse gewinnt. Wichtig ist die Studie von *S. Brambilla* über den „Cherbé" (Riv. pat. nerv. **53**, 1939), eine weit verbreitete Erkrankung der Bewohner Abessiniens. Es handelt sich um motorische Anfälle mit leichter Bewußtseinstrübung und dem Inhalt der Besessenheit. Es gibt vom Cherbé auch Epidemien. Der Verf. schließt Epilepsie aus und glaubt an eine psychogene Herkunft. Wieso er aber trotzdem auf den Gedanken kommt, daß sich in der Störung das archaisch-primitive Denken der Schizophrenen offenbare, bleibt ungeklärt.

Aus Rumänien bringt *Făcăoaru* einen Beitrag zur Frage der Rassenseele, insbesondere über ihre Beziehungen zu wirtschaftlicher und sozialer Bewährung. Trotz umständlicher Rechenkünste kommt nichts Klares heraus (Z. Rassenkunde **9**, 1939).

Vergiftungen

Der griechische Forscher und Arzt *M. G. Stringaris*-Athen bringt eine ausgezeichnete (100 S. starke) Studie über die Haschischsucht in deutscher Sprache (Berlin, Springer 1939), nachdem er 1937 seine Erfahrungen und Gedanken schon griechisch veröffentlicht hatte. Von allen Seiten her beleuchtet er sein Problem, auch fügt er 25 ausführliche kennzeichnende Fälle an. Im Zusammenhange dieses Referates sei nur seiner Ausführungen über die Psychopathologie gedacht. Die Schilderung des Verfassers ist für den deutschen Leser um so lehrreicher, als St. viele sonst unzugängliche wissenschaftliche Aufsätze benutzt. Der akute Haschischrausch ist durch folgende Symptome gekennzeichnet: Selten ist der erste Rausch schon angenehm, erst die Wiederholung bringt Lust. Der „gute" Rausch bringt Heiterkeit, Lachen, oft Freude an Bewegungen, am Tanz, erhöhte Eßlust. Aber auch stille, schläfrige, akinetische Zustände kommen vor, und beide Extreme können abwechseln. Dieser Wechsel kann durch Kleinigkeiten ausgelöst er-

scheinen oder spontan kommen. Der Gedankenablauf ist oft zerrissen, der ganze Rausch ist uneinheitlich. Wie bei allen Vergiftungen, so ist auch hier der Zustand individuell sehr verschieden. Es finden sich Anomalien der Größenwahrnehmung und des Zeitablaufs. Echte Sinnestäuschungen sind keineswegs sehr häufig. Man erzählt sich erfundene großartige Geschichten, setzt sich mit unnötiger Energie für eine objektiv belanglose Idee ein. Lebhafte sexuelle Phantasien. Richtige Größenideen kommen vor. Für den Psychiater besonders wichtig sind die toxischen Wahngedanken: vieles oder alles ist ichbezogen; die Verlegenheit, Gegenstand allgemeiner Beachtung zu sein, wird oft durch ein großartiges Benehmen überkompensiert. — Man verwundert sich. zu hören, daß viele Räusche auch depressiv verlaufen: diese Vergifteten bemitleiden sich selbst, grübeln über ihr verfehltes Leben; manche sind ängstlich, andere gereizt. Zum Teil scheinen diese Verschiedenheiten von der Menge und der Art des genossenen Giftes, zum Teil von den nebenbei verzehrten Nahrungsmitteln abhängig zu sein, zum Teil bleiben sie bisher unerklärt.

Die dauernde Vergiftung bringt eine Charakterveränderung mit sich: meist werden die Süchtigen autistisch gereizt, manche sind auch dauernd läppisch heiter. Ihre Motorik ist kennzeichnend: halb vorgeneigter Körper, freches Auftreten, hampelmannartige Bewegungen. Zuweilen kommt es zu episodischen Verwirrtheitszuständen, zuweilen zu chronischen Haschischpsychosen, bei denen es noch nicht feststeht, ob es sich um reine Intoxikationen oder um Kombinationen mit Schizophrenie handelt. — Die treffliche Studie von Stringaris bringt einen weiteren Schritt auf dem Wege, die endogenen Psychosen symptomatisch mit den exogenen Vergiftungen zu vergleichen.

Zu dem Vergiftungsthema bringt *H. J. Meyer* einige Phanodormpsychosen (Psychiatr. neur. Wo. 1939). *Ph. Scouras* beschreibt in L'Encéphale **34**, 1939 eine symptomatische Schizophrenie bei Haschischvergiftung. 1938 erschien die 2. Auflage von *Viktor A. Reko*s „Magische Gifte“ (Stuttgart, Enke 206 S.). Der Verf. schildert sehr spannend die Wirkungen der Drogen und Rauschmittel Mittelamerikas. Botanisch und toxikologisch versuchte R. die uralten mexikanischen Gebräuche dieser Gifte zu klären. Vor allem interessiert Peyotl (Mescalin), Marihuana (Haschisch) und ein Pilzgift Nanácatl (mit Hypersensibilisierung und Rausch). *Reko*s Buch wird jeden Psychologen sehr interessieren.—Rechnet man erzwungenes 3—4tägiges Warten zu den Intoxikationen, so ist die Erzählung von 3 Frauen interessant, die 72—96 Stunden auf die Ausfertigung von Fahr-

karten (in Rußland) warten mußten. Sie erlitten halluzinatorisch-paranoide Zustände (Angst, Verfolgungswahn, Stimmen), die Tage bis Wochen dauerten und völlig ausheilten (*Krohl* und *Bourkovskaja* in Nevropat. i. t. d. 8, 1939). — *O. Schedtler* hält den Seelenzustand der Tuberkulösen für etwas sehr Verschiedenartiges, glaubt nur an eine Entschleierung der wahren Persönlichkeit und an die Auswirkung des Hospitalismus (Med. Klin. 1939 I).

Neurose

Nach einem Referat scheint das Buch von *E. Carp*, „Die Neurosen" (holländisch, 2. Aufl. Amsterdam 1939) recht gut zu sein. Carp bemüht sich um ihre Entstehung offenbar sehr eingehend (450 Seiten). Aus dem Zusammentreffen von Persönlichkeitsstruktur und Lebensgeschichte werden die einzelnen psychopathischen Entwicklungen abgeleitet. Ich bedaure sehr, daß ich das Werk nicht selbst einsehen und besser referieren konnte. *G. Capone* (Endocrinologia **13**, 1939) sucht die neurotischen Symptome auf Konstitutionen zu beziehen. Er hält die Psychasthenie im weitesten Sinne für eine Gleichgewichtsstörung zwischen Verstand und Affekt. Jede Konstitution habe ihren gut abgegrenzten Gefühlsausdruck, daher auch in der Neurose besondere Merkmale der Störung dieses Gefühls, und das sei die Neurose.

Leider konnte ich das 318 S. starke Buch von *Jean Carrier* über „L'anorexie mentale" (Paris, Le François 1939) nicht einsehen. Es bringt einen psychoneurotischen Symptomenkomplex von Appetitlosigkeit, mangelndem Hunger, trophischen und endokrinen Störungen zumal bei infantilen, asthenischen Mädchen; mit 36 Krankengeschichten und einer stark psychanalytisch gefärbten Therapie.

Verwirrtheit

P. A. Chatagnon und *A. Soulairac* machen auf das Vorkommen von Verwirrtheitszuständen beim manisch-depressiven Leiden aufmerksam, ohne daß das Symptom der Verwirrtheit selbst weitere Klärung erfährt (L'Encéphale **34**, 1939).

Bei Verletzungen des Halsmarkes treten zuweilen psychische Symptome auf, die *Tracy J. Putnam* als progressives Verwirrtheitssyndrom bezeichnet: Merkschwäche, Desorientiertheit, Verwirrtheit, Delirien meist mit Ausgang in Tod. Der Verf. führt das interessante Syndrom auf Sauerstoffmangel des Blutes und also des Nervengewebes zurück (Arch. of. Neur. **41**. 1939).

Schizophrenie

Obwohl die Arbeit von *Erich Feuchtwanger* und *W. Mayer-Groß* über die Zusammenhänge von Hirnverletzung und Schizophrenie mehr klinischen und aetiologischen Fragen nachgeht, sei auf sie hier besonders hingewiesen, da sie einen wichtigen Beitrag zum Problem der sogen. symptomatischen Schizophrenie und des Zusammenhangs von epileptischen und schizophrenen Symptomen darstellt (Schweiz. Arch. Neur. **41**, 1938). *R. E. Hemphill* hält es für notwendig, umständlich nachzuweisen, daß alte Schizophrene reale körperliche Krankheitssymptome in ihre Wahnideen mit hineinarbeiten (J. ment. Sc. **85**, 1939). Die Frage, ob geheilte Schizophrenien wirklich geheilt sind, sei besser in die Form gekleidet: worin die leichten Störungen noch bestehen, die bei guten spontanen oder therapeutischen Remissionen zurückbleiben. *L. Baumer* hat unter 120 sozial brauchbaren Schizophrenien 20 Fälle gefunden, die er folgendermaßen beschreibt: 5 waren meistens unauffällig, hatten aber doch noch gelegentlich impulsive unverständliche Handlungen. Bei 7 Fällen fehlte die endgültige Krankheitseinsicht, 8 Kranke indessen besaßen diese und erschienen wirklich geheilt. Überraschenderweise hatten 14 von diesen 20 Fällen cyklothyme Züge. 7 von diesen 8 hatten keine ausgesprochen schizophrene Symptomatik gehabt. Diese interessanten Untersuchungen (Z. Neur. **164**, 1939) sollten noch weiter ausgebaut werden. Man sollte die Residuen des schizophrenen Prozesses nicht so sehr im Status als in der Katamnese suchen: Besteht keine Beeinträchtigung der Impulsivität, Initiative, des Einfallsreichtums, der Lockerkeit, Frische, der sexuellen Ansprechbarkeit? — Der schizophrenen Denkstörung widmet *Eugenia Hanfmann* im Arch. of Neur. **41**, 1939 eine Studie. Nach einem Referat scheint die sorgfältige Analyse eines Falls nur die sonst bekannten Befunde zu bestätigen. — Zur psychologischen Erforschung der neuen Schizophreniebehandlungen fand ich nicht viel. *Paul Schilder* arbeitet noch immer mit dem Rüstzeug der alten Psychanalyse. Zwar glaubt auch er an eine somatische Wirkung des Cardiazols. Das hindert ihn aber nicht, in alter Weise zu deuten: die Aura des Cardiazolanfalls sei die Todesdrohung, auf die beim Erwachen ein riesiges Gefühl der Erleichterung folge. Die Übertragung auf den Arzt führe zu einer wachsenden Anhänglichkeit (nach des Ref. Erfahrung ist das sehr selten). Dann kommt Die Freude der Wiedergeburt und der ganze Mythos (J. nerv. dis. **89**, 1939). — Daß die einzelnen Bewegungen eines Faxensyndroms Abkürzungen früherer sinnhafter Bewe-

gungen sein können —, daß sie auch gelegentlich Symbolcharakter haben können, wird (wieder einmal) von *Rob. Bak* im Schweiz. Arch. Neur. **43**, 1939 nachgewiesen. Der Verfasser erklärt aber durchaus richtig, daß eine solche Sinnaufdeckung das Entstehen des Symptoms keineswegs erklärt. — *N. P. Bogusch* arbeitet russisch (Nevropat. i. t. d. 8, 1939) über die Besonderheiten der optischen Bilder bei halluzinatorisch-paranoiden und konfabulatorischen Syndromen der Schizophrenen. Ich bin leider aus dem Referat nicht recht klug geworden, der Autor verwendet offenbar viele Ausdrücke ganz anders, als es in der deutschen Psychologie üblich ist.

Über die Arbeit von *H. C. Rogge* in der Nederl. Tijdsch. Psychol. **6**, 1939 kann ich leider nur nach einem Referat berichten. R. macht einen „Erklärungsversuch des Wesens der zirkulären Psychose und der Dementia praecox". Ich lasse hier alles weg, was sich auf Hirntopologie bezieht. Psychologisch handelt es sich um folgendes: Die Krankheitssymptome spielen sich stets ab im Glaubensdrang, den verschiedenen Kunstgefühlen und dem Wissenschaftsdrang. Der gemeinsame Unterbau, der die Wirklichkeit regiert und andere Wirklichkeiten aufbaut, ist der anousiastatische Faktor. Er gerät bei der Dementia praecox in Überreizung und bekommt das Übergewicht. Die Überreizung beeinflußt das Bewußtsein (Halluzinationen und Wahnideen) und die Motorik (Katalepsie). Da ich nur das Referat kenne, enthalte ich mich der Kritik.

In den Ann. méd. psychol. **97**, II 1939 schneiden *A. Soulairac* und *R. Suttel* ein interessantes und selten behandeltes Thema an: die Frage, wie der seelisch Erkrankte seine eigenen Sensationen dem „Gut oder Böse" zurechnet. Man hat ja schon oft darauf aufmerksam gemacht, daß der Gemütskranke in seinen Sinnestäuschungen und Wahnbildungen viel mehr Unangenehmes als Angenehmes erlebt. Besonders die Fälle von beleidigenden und ermunternden Stimmen, also der inhaltliche Wettstreit der Stimmen wird von den Verf. geschildert. Zuweilen entkräften sich die Stimmen gegenseitig. Meist überwiegt die durch die üblen Stimmen hervorgerufene depressive Stimmung, zuweilen aber auch das Größenbewußtsein. Vielleicht verfahren die Verf. etwas zu rational, denn zum mindesten ist auch die Gegenthese denkbar, daß der primäre Affekt die Inhalte der Stimmen setzt, z. B. die Angst, die Unheimlichkeitsideen. Sehr interessant gehen die Verf. auch auf jene Fälle ein, in denen der Kranke affektneutraler Beobachter seiner Erlebnisse wird. Sie machen mit Recht darauf aufmerksam, daß dies bei der Melancholie niemals der Fall ist. Die Arbeit ist gut.

Weniger leuchtet eine andere Studie im gleichen Bande ein (von *A. Donnadieu*), die sich auch mit den Inhalten der Psychose beschäftigt und diese auf die Zivilisation bezieht.

Robert Bak analysiert sorgfältig 2 Fälle schizophrenen Wahns, die an sich nichts Besonderes bieten. Doch geht der Verf. auf die äußeren und inneren Bedingungen der Wahnentstehung umsichtig ein (Z. Neur. **166**, 1939). Auch *Lorentz de Haas* bringt einen Wahnfall in ausführlicher Beschreibung, bei dem die Beeinflussung der Wahngehalte durch die Lektüre ganz interessant ist (Psychiatr. Bl. **43**, 1939). Auch der Fall von *M. Margulies* in der Nederl. Tijdschr. Psychol. **6**, 1939 birgt zwar eine ausführliche Bearbeitung des Weltuntergangserlebnisses, ist aber sonst kein Ausgangspunkt allgemeiner Erkenntnisse. Dagegen sind die 7 Fälle von *K. A. Ekbom* (Acta psychiatr. Kopenhagen, **13**, 1938) interessant, sie leiden an umschriebenen Hautsensationen (nach dem Klimakterium), die auf Tiere wahnhaft zurückgeführt werden. Daher wählt der Verf. den seltsamen Namen: praesenilen Dermatozoenwahn. Für die Wahnbereitschaft der Rückbildungsjahre und für die Umgrenztheit des Wahns sind diese Fälle wichtig. — Daß ein schizophrener Wahnkranker das Zentrum sein kann, um das sich mehrere Fälle von induziertem Irresein (wiederum Wahn) gruppieren, wird wieder einmal und zwar von *W. Briët* eingehend geschildert (Psychiatr. Bl. **43**, 1939).

Ganz interessant ist die Selbstbeschreibung halluzinationsähnlicher Erlebnisse, die *Gabriele d'Annunzio* nach einem Flugabsturz (Netzhautablösung) hatte. Nicht nur visuelle Täuschungen werden beschrieben (sieht sich durchsichtig als ein Skelett) und Farbenerscheinungen, sondern auch seltsames Gewoge von Gestalten, auch Gerüche, auch Musik (J. *Lhermitte* in Rev. d'Otol. **17**, 1939).

Über das Gedankenlautwerden arbeiteten *Henri Claude* und *Ch. Durand* (L'Encéphale **34**, 1939). Sie wenden sich gegen die Erklärungsversuche von *Wernicke* und *Morel*, glauben, daß es sich dabei nicht um ein akustisches Phänomen handelt, sondern daß der Ausdruck „Lautwerden" nur bildlich gemeint sei. Das Symptom könne nur im Gesamtzusammenhang mit der Psychose betrachtet werden.

Autorenverzeichnis

Zeitschriftenübersicht

The Journal of Nervous and Mental Diseases.
An American Journal of Neuropsychiatry. Juni 1940. Nr. 6 Band 91

D. Bullard, Chestnut Lodge Sanatorium, Rockville, Maryland: Die Organisation des psychoanalytischen Verfahrens im Hospital.

Die Hauptforderungen des V. sind: Möglichste den Patienten sympathische Gestaltung des Milieus. Der Patient muß, im Gegensatz zu den psychiatrischen Anstalten, krank sein dürfen. Alle Personen, welche mit dem Kranken in Kontakt kommen, müssen im Besitz eines Lehrprogrammes sein. Die Ärzte und Pfleger müssen womöglich eine Analyse an sich selbst haben vornehmen lassen.

H. Zeitlin und *W. Lichtenstein*, Chicago, Illinois. Aus dem College of Medicine, Universität v. Ill.: Paraphysiale Cysten des dritten Ventrikels.

Bericht eines Falls von einem von der embryonalen Anlage der Paraphyse ausgehenden cystischen Tumor bei einem 17jährigen Mann, der erst bei der Antopsie als Ursache der Erkrankung (es wurde eine epidemische Encephalitis vermutet) erkannt wurde. Erörterung der Symptome, an denen die Diagnose gestellt werden kann: Plötzlich intermittierende Anfälle von schweren Kopfschmerzen infolge zeitweiliger Verstopfung der Foramen, Monroi, Sehstörungen, epileptische Krämpfe, und besonders bezeichnend plötzliches Kopfweh oder plötzliches Aufhören derselben bei Wechsel der Kopfhaltung, dies, wenn der Tumor beweglich an einem Stiel hängt, alles erklärbar durch die Lage des Tumors, der vom Velum transversum in dem vordersten Teil des Daches des 3. Ventrikels sich entwickelt. Die Encephalographie zeigt ein pathognomisches Bild. Frühzeitige Erkennung oder Vermutung und Feststellung durch Encephalographie um so mehr angezeigt, als die Operationsaussichten günstig sind

F. Kant, Hartford, Conn. Aus der Forschungsabteilung des Neuro-psychiatr. Institut d. Hartford-Retreat: Protrahierte Schocks, aufgetreten während der Insulinschocktherapie und ihre Behandlung.

V. berichtet 9 Fälle von mit Insulin behandelten Schizophrenen, bei denen — unter 61 behandelten — protrahierte Schocks einmal, in einigen Fällen mehrmals, in der Dauer von mehreren Stunden bis zu 8 Tagen auftraten. Die klinischen Symptome der einzelnen protrahierten Schocks sowie die Ergebnisse der Laboratuntersuchungen werden eingehend beschrieben. In 4 Fällen zeigte sich ein stupuröses, in 2 ein hyperkinetisch-katatones Bild, in 2 traten aphasische und apraktische Phänomene (darunter bemerkenswert eine Schluckapraxie mit motorischer Aphasie) auf, in 1 Fall am Ende ein status epilepticus. In allen Fällen waren der protrahierten Reaktion ein sehr ernster Schock, in manchen Fällen begleitet von besonders starken Zuckungen, excessiven Schweißausbruch und Verlust der Reflexe vorangegangen. V. nimmt an, daß der Zustand durch verschiedene Faktoren herbeigeführt wird, die Therapie also die jeweiligen klinischen und chemischen Befunde (Blutzuckerstand, Wasserverlust, circulatorische und respiratorische Störungen, Krampfzustände) sorgfältig beachten muß, wenn man mit Gaben von Zucker, Cardiacis,

Adrenalin usw. sehr unerwünschte Wirkungen vermeiden will. Zucker ist absolut contraindiziert, sobald der Blutzuckerstand normal ist, Adrenalin contraindiziert bei Tachycardie, starken Muskelkrämpfen. Der behauptete therapeutische Wert der protrahierten Schocks ist zweifelhaft, zum mindesten gegenüber dem der epileptischen Convulsionen, die aber in ungefährlicherer Weise durch Kombination mit Cardiazol bes. herbeigeführt werden können.

E. Davidoff, Syracuse, New York: Psychiatrische Beobachtungen über Cryptorchismus und Behandlungserfolge durch Hormontherapie.

21 Fälle aus dem Psychopathic Hospital Syracuse, bei denen neben mehr oder wenig hochgradigem Schwachsinn und endokrinen Störungen (polyglanduläre Hypothyreoidie, progressive Muskeldystrophie, Nebennierendefekte Dysplasien, Zwergwuchs u. a.) verschiedene Formen des Cryptorchismus (abdominale, inguinale, scrotale und sogen. Pseudocryptorch.) beobachtet wurden, wurden mit Antuitrin und Antophysin behandelt. Die Präparate sind aus dem Urin schwangerer Frauen genommen und an Ratten testiert (1 Rattenеinheit = geringste Menge des vord. Hypophys. Princips, die unter bestimmten Voraussetzungen bei Ratten die Bildung von Corp. lutea und reifen Follikeln hervorruft). Der Arbeit ist eine Übersicht über die einschlägigen Veröffentlichungen von Tierexperimenten und klinischen Beobachtungen vorausgeschickt. 10 Fälle mit ausgesprochenen endokrinen, dysplastischen Störungen sind eingehender mitgeteilt, der Effekt der Behandlung an Abbildungen aufgezeigt. Schlußfolgerungen: Es besteht kein bestimmtes Verhältnis zwischen dem Descensus der Hoden und einer Besserung der geistigen oder konstitutionellen Beschaffenheit. Das Verhalten des Patienten kann nicht dem Cryptorchismus allein zugeschrieben werden. Mit diesem Zustand ist keinerlei bestimmte psychiatrische Krankheitseinheit associiert. Die gelegentliche Besserung des geistigen Zustandes kann nicht allein der Hormontherapie zugeschrieben werden. Bei Abschätzung des Gesamtbildes wird der beschränkte Wert der Hormontherapie noch deutlicher. Bei echtem Kryptorchismus wurde ein Descensus nur in 3 von 16 Fällen erzielt.

D. Schneider und *C. Clark*, New York: Das Elektro-Encephalo-Cardiogramm. Vorläufige Mitteil. aus einer Untersuchungsreihe im Auftrag d. Mount-Sinai Hospital, New-York City.

Beschreibung eines Apparates, der erlaubt, an der gleichen Untersuchungsperson zur gleichen Zeit mit einer Feder die Aktionsströme der Gehirnrinde und das Electrocardiogramm aufzunehmen. Die Bedeutung des zum erstenmal gezeigten Apparates ist nach den V., daß im Sinne einer ganzheitlichen neurosomatischen Physiologie zu gleicher Zeit cerebrale und cardiale Potentiale gemessen werden und damit eine Basis bilden können für Probleme wie die physiologischen Effekte der Angst, der Arzneien, der Intoxication usw.

G. Wilson, *H. Bartle*, *J. Dean*, Philadelphia, Pa.: Aus der neurol. Abteil. des Episcopal Hospital, aus dem neuropathol. Abteil. d. Laborat. d. Philadelphia General-Hosp., der neurol. Abteil. d. Univ. Pennsylvania: Intradurale spinale Lipome.

Klinische und pathologisch-anatomische Beschreibung eines Falles von intraduralem Lipom im Cervicalteil und in den oberen Dorsalregionea des Rückenmarks. Histologisch schien das Lipom von der Pia-arachnoiden auszugehen und eher nach außen zu wachsen als in die Rückenmarksubstanz einzudringen. Typische Druck-Folgeerscheinungen. Die Diagnose eines spinalen

Lipoms sollte dann in Betracht gezogen werden, wenn die Symptome einer Rückenmarkskompression, besonders im Halsteil und Sacralgegend, über eine lange Zeit sich erstrecken und bei einem jugendlichen Individuum auftreten. Im vorliegenden Fall war eine Laminectomie versucht worden, ohne Erfolg in Folge von zu festen Aufsitzens des Lipoms.

O. Marburg, New York: Über Epilepsie. Auszug aus einem Vortrag, gehalten auf einer gemeinsamen Sitzung der Section für Neurologen und Psychiatrie mit der New-Yorker Neurologischen Gesellschaft.

V. bespricht die bei einem epileptischen Anfall wirksamen Faktoren unter besonderer Hervorhebung des Faktors der Hydration des Gehirns (zelluläres Ödem mit einer interstitiellen Anhäufung von Flüssigkeit, von *Reichart* Hirnschwellung genannt), genetisch im Zusammenhang stehend mit Permeabilitätsveränderungen der Blut-Gehirnschranke und Stoffwechselstörungen, besonders des Wassers, der Lipoide und der Minerale. Die Behandlung sollte gegen Permeabilität, Hydration und Transmineralisation gerichtet werden. So empfiehlt V. Röntgenbestrahlung in kleinen Dosen, die die Permeabilität verringere, ebenso Zirbeldrüsenextrakt, der die Hydration hemme, ebenso Verordnung von Magnesiumsalzen.

Juli 1940 Nr. 1 Band 92

L. Baker, Baltimore, Maryland. Aus der medizinischen Klinik des John Hopkin Krankenhauses: Multiple Neuritis mit Makrocyten-Anämie (beides offenbar herrührend von einer Hypovitaminose) bei einem Trinker.

Verf. berichtet über einen Fall mit folgendem Symptomenkomplex: Polyneuritis, Schwäche und Atrophie der von Ischiadicus und Tibialis versorgten Muskeln. Anästhesie besonders im Gebiet des N. femoral. und peron. Verlust der Knie- und Achillessehnenreflexe, Scotom im rechten Gesichtsfeld. Unterernährung (15 kg unter Normalgewicht). Leichte Makrocytämie mit gastrischer Achylie. Leberschwellung. Seit 15 Monaten Trinker (viel Whisky täglich). Bei der Aufnahme Delirium tremens. Labile Gemütsverfassung. V. führt die möglicherweise als perniciöse Anämie aufzufassende A. auf das Fehlen des Antiperniciosefaktors des B^2-Komplexes zurück, die Polyneuritis auf den Mangel von Vitamin B^1 mit wahrscheinlichem Mangel von Faktoren des B^2-Komplexes und Vitamin C. Besserung der Symptome der Neuritis und der Anämie durch vitaminreiche Diät und Leberpräparate.

C. Camp, Ann Arbor, Michigan: Die Frage nach der Existenz eines besonderen Schlafzentrums im Gehirn.

Theoretische Erörterung: Wenn der Ausfall eines z. B. motorischen Hirnzentrums einen Funktionsausfall wie Lähmung zur Folge haben muß, müßte, wenn das Mittelhirn ein Schlafzentrum enthält, eine Läsion derselben eine Unfähigkeit zu schlafen, zur Folge haben, was allen Erfahrungen widerspricht. Nun ist schon oft die Vermutung ausgesprochen worden, daß Schlaf ein zusammengesetzter (conditioned) Reflex sei. Verf. modifiziert diese Hypothese im Hinblick auf die erste Erwägung dahin, daß der Wachzustand dieser Reflex und Schlaf eine Areflexie sei.. Verf. schließt, daß im Mittelhirn sich gewisse Zellgruppen befinden, die als wichtige Relais für Reize, kommend vom autonomen Nervensystem, dienen und diese zu anderen Teilen des Gehirns leiten, das sie dadurch wacherhalten. Die Abwesenheit dieser Reize oder die Zerstörung der Zellgruppen führt zu einem Nachlaß des Wachzustandes, im

ersteren Fall zu einem möglicherweise nur vorübergehenden, im zweiten zu einem irreparablen Schlafzustand. Die Gegend um den 3. Ventrikel enthält also nicht ein besonderes Schlafzentrum im gewöhnlichen Sinn des Wortes, sondern die Nervenstränge und Zellgruppen dieser Gegend sind vielleicht die wichtigsten Glieder in der Kette der korrespondierenden Mechanismen, die uns wacherhalten und an unsere Umgebung angepaßt haben.

M. Amdur und *B. Söllod*, Veterans Administration Facility, Coatesville, Pa., Augusta, Ga. Veröffentlicht mit Zustimmung, doch ohne Verantwortung des Medical Direktors: Das reticulo-endotheliale System, seine Rolle in der Therapie der Dementia präcox und seine Beziehungen zur Blut-Liquor-Schranke.

V.V. kommen auf Grund verschiedener aus der Literatur zitierter Arbeiten zu dem Schluß, daß bei der Dem. präp. Störungen im reticul. endothelial. System (Schizophr. sei nach *Beletecki* eine Form von Mesenchymopathie) wie in der Blut-Liquorschranke eine wichtige Rolle spielen. V.V. behaupten, die Durchlässigkeit derselben sei bei der Schiz. vermindert. Die Therapie, die diese Ursachen berücksichtige, verspreche Erfolg wie z. B. die auf eine Aktivierung des retic. endothel. Systems abzielenden Seruminjektionen eines durch Einspritzung von Milz und Knochenmark frischer menschlicher Leichen in Pferde und Esel gewonnenen Serums, wie sie von russischen Autoren durchgeführt wurden. Näheres muß im Original nachgelesen werden.

M. Tarlan und *H. McGrath*. Aus der Neurolog. u. Ophtalmolog. Abteilung des Central Islip State Hospital, N. Y.: Pathologische Veränderungen im Augenhintergrund bei tuberöser Sclerose.

Die Arbeit bringt zunächst eine Übersicht über alle bisher veröffentlichten einschlägigen Fälle, dann eine klinische und histologische Beschreibung mit Abbildungen eines Falles von tuberöser Sclerose eines Mädchens, bei dem erst nach 18 Jahren sich auf der Papille des l. Auges ein Tumor entwickelte, der nach seiner pathol. anatom. Struktur zu den gliomatösen Neoplasmen von verhältnismäßig geringer Wachstumstendenz zu rechnen ist.

T. Gerstmann, New York, N. Y. Aus dem Neurolog. Instit. New York: Das Phänomen der Körperrotation bei Läsionen des Frontallappens.

Auf Grund seiner klin. u. pathol. anatom. Beobachtungen der letzten Jahre ist V. geneigt, das bei Frontallappenläsionen zuweilen zu beobachtende Phänomen der Rotation als frontal bedingten Teil des Symptomenkomplexes der Frontalläsionen anzusprechen, wenn der physio-pathol. Ursprung der Störung auch vielleicht kein direkter ist, sondern ein indirekter causaler Mechanismus möglich ist. Differentialdiagnostisch ist bemerkenswert: Die Rotation geschieht nicht um die Körperachse, sondern manège-artig; sie erfolgt in Richtung von der normalen auf die geschädigte Seite hin, während ein anderes Symptomenteilstück, das Fallen oder die Tendenz dazu, nach der normalen Seite hin erfolgt, was als antagonistische Wirkung des Rotationsphänomens aufgefaßt werden kann, als Bestreben, die Falltendenz zu kompensieren; das Rotationsphänomen tritt bei Frontalläsion nur auf, wenn sich der Kranke in aufrechter Stellung befindet, während dies bei Cerebellar- und Kleinhirnschenkel-Läsion auch in liegender oder sitzender Stellung der Fall ist. Bei der letztgenannten Störung ist ferner umgekehrt die Rotation oder Rotationstendenz zu der der Läsion entgegengesetzten Seite hin gerichtet, das Fallen oder die Falltendenz dagegen gegen die Seite der Läsion. Die Rotations-

phänomene bei Läsionen in der parieto-occipital. Region unterscheiden sich von den 2 genannten Läsionen, daß sie meistens bei sitzender oder liegender Stellung eintreten, daß sie nur um die Körperachse vor sich gehen, daß sie von Störungen in der optischen Sphäre begleitet sind. Das Rotationsphänomen bei Frontalläsionen ist häufiger als früher angenommen, da es durch die gleichzeitig vorhandene Gleichgewichtsstörung leicht verdeckt werden kann.

N. Jawger, Philadelphia, Pa.: Transvestismus und andere perverse Sexualmanifestationen.

V. berichtet über 2 kriminell gewordene Fälle, 1. Fetischismus. Fetisch ein die Augengegend bedeckender Schleier, wahrscheinlich entstanden durch die Lektüre der „Arabischen Nächte“ im Alter von 12 Jahren, Heirat mit 23 Jahren, 4 Kinder. Frau gab seinem Wunsch, mit halbverhülltem Gesicht neben ihm zu sitzen, nach. Gab viel Geld für den Kauf von Schleiern aus. Verliebte sich mit 42 Jahren in eine andere Frau, die aber nur dann sexuelle Anziehung auf ihn hatte, wenn sie den Fetisch trug. Ließ sich durch seine Ausgaben hierfür und für seine Familie zu Betrügereien zum Nachteil seines Arbeitsgebers verleiten. 2. Psychischer Hermaphroditismus bei einem etwas schwachsinnigen und Erscheinungen von Dystrophia adiposo-genitalis zeigenden Individuum, der sich zu Männern hingezogen fühlte und auch den Wunsch hatte, weibliche Kleider zu tragen. Wollte sich mehrmals selbst kastrieren; da er es nicht fertig brachte, wollte er, um die Technik dazu an einem anderen zu verbessern, einen Arbeitskameraden durch einen Schlag betäuben, der indes den sofortigen Tod desselben herbeiführte; erschreckt unterließ er die Kastration und verbarg den Leichnam, wurde verhaftet. Im Anschluß an die Fälle Besprechung weiterer aus der Literatur und allgemeine Erwägungen über Ursache und Art der Störungen.

R. Slaughter und *G. Riley*. Aus der neurochirurgischen Abteilung und dem Universitätskrankenhaus der medizinischen Schule zu Augusta, Georgia: Posttraumalische Hämorrhagie mit Aphasie.

Im Anschluß an einen Autounfall halbstündige Bewußtlosigkeit, leichte Kopfschmerzen und Schwindelgefühle, 10 Tage später mitten in der Arbeit plötzlicher Zusammenbruch, 6tägige Bewußtlosigkeit, typische Hemiplegie rechts und Aphasie. Nach einem Jahr Besserung der Hemiplegie bis zur Geh- und Stehfähigkeit. Durch methodischen Elementarschulunterricht wird in weiteren zwei Jahren auch die Aphasie weitgehend beseitigt. Interessant an dem Bericht ist der Selbstbericht des Kranken über die Periode seiner Erkrankung und der Wiedererlernung der Wortfindung und des Wortverständnisses.

Th. Lang. Aus dem Forschungsinstitut f. Psychiatrie München: Studien über die genetische Determinierung der Homosexualität.

Ausgehend von der Voraussetzung, daß, wenn unter den männlichen Homosexuellen genetisch weiblich bestimmte und unter den weiblichen Homosexuellen genetisch männlich bestimmte sich finden, das durchschnittliche Verhältnis von männlichen zu weiblichen Individuen in der Geschwisterreihe sich im 1. Fall zugunsten der männlichen, im 2. Fall zugunsten der weiblichen verschieben muß, hat Verf. aus den Polizeiakten München und Hamburg 1013 männliche Homosexuelle gesammelt, ihre Familien auf den genannten Zweck hin untersucht und das Geschlechtsverhältnis tatsächlich in diesem Sinn verändert gefunden. Näheres muß im Original (die diesbezüglichen Arbeiten des V. finden sich im übrigen auch in der deutschen Fachpresse) nachgewiesen werden.

N. Owensky. Atlanta, Georgia: Homosexualität und Lesbismus behandelt mit Cardiazol. Vorläufige Mitteilung.

Verf. gründet seine Versuche auf die Annahme, daß die Homosexualität ein Symptom einer abortiven Schizophrenie sei, die nach Fixierung der Libido sich nicht weiter entwickelt habe und daß das Cardiazol die vorzeitige Fixierung der Libido löse und die psychosexuelle Energie in die normalen Kanäle fließen lasse. Die berichteten 6 Fälle zeigen verschiedene Sexualperversionen, jedoch keine Anhaltspunkte für Schizophrenie. Nach 6—10 großen Anfällen war nach dem Berichte in allen Fällen Heilung herbeigeführt.

August 1940. Nr. 2. Band 92

F. Mettler. Augusta, Georgia. Aus der anatom. Abteil. der Universitätsschule zu Georgia: Die extrapyramidale Funktion.

V. entwirft eine die verschiedenen neuen Beobachtungen experimenteller und klinischer Natur erklärende Theorie der extrapyramidalen Funktionen, die er an der Hand eines Schemas im einzelnen erläutert. Die Erläuterungen lassen sich in einem Bericht nicht zusammenfassen.

F. Weatherby und *N. Wiley*, Medic. Corps U. S. Army. Aus der Mediz. Abteil., William Beaumont Hospital, El Paso, Texas: Linksseitige Schlaffheit, Blutdruckdifferenz zwischen den zwei Armen und linksseitige Opticusatrophie: ein neues klinisches Symptom.

Bei einem 54jährigen früher des öfteren wegen akuten Alkoholimus und Gastro-enteritis ins Krankenhaus gebrachten früheren Soldaten beobachteten die VV. folgenden ungewöhnlichen Symptomenkomplex: Linksseitige Opticusatrophie, ausgesprochene Schlaffheit des linken Arms und Beins, leichte Schlaffheit der rechten unteren Gesichtshälfte, Blutdruckdifferenz zwischen rechts und links, am rechten Arm 170/120, am linken 92/97, links Radialpulsvolumen kaum $^1/_3$ des rechten, linke Brachialarterie im Gegensatz zu rechts weder palpabel noch fühlbar. Keine Zeichen von Syphilis. Keine klinischen und röntgenologischen Anhaltspunkte für einen intrathoracalen Tumor, Aneurysma oder Verengerung d. Aorta. Die linksseitige Parese durch Anlegen des Ansaugeschlauches wesentlich gebessert. Blutdruckdifferenz ohne die letztgenannten Störungen ist nach den VV. bis jetzt noch nicht beschrieben. VV. erklären den Fall damit, daß der arteriosclerot. Prozeß aus unbekannten Gründen vorwiegend die Gefäße der linken Körperhälfte betroffen habe. Die Sclerose der linken Carotis erkläre die linksseitige Opticusatrophie, die ungenügende Versorgung der linken Gehirnhälfte könne für die Schwäche des rechten Facialis verantwortlich gemacht werden. Die Möglichkeit einer nicht erkennbaren Gehirnerkrankung links halten VV. für weniger naheliegend.

D. Goldman. Cincinnati, Ohio. Aus dem Longview State Hospital Cincinnati: Verlängertes Coma nach Insulin-Hypoglycämie: Klinische Züge und Behandlung.

Angesichts der verschiedenen Auffassungen dieses Vorkommnisses in der Insulinbehandlung will der V. eine physiologische Erklärung und eine einheitliche Auffassung seiner Genese versuchen. Er bezeichnet es als posthypoglycämisches Coma, das durch bestimmte Eigenschaften klinischer und chemischer Natur charakterisiert sei: Nichterwachen aus dem hypoglycämischen Schock auf Traubenzuckergaben hin, Hyperventilation, tetanische Krämpfe, rasch ansteigende Körpertemperatur, Dauer des Comas schwankend von 10—15 Stunden bis zu 3 Monaten. Hauptsymptom: Blutzucker stets normal oder

erhöht vom Beginn der Reaktion ab. Alle bisher üblichen Behandlungsmethoden erwiesen sich dem V. als wenig wirksam bis auf die Behandlung mit intravenösen Kochsalzinfusionen (bis zu 1200 ccm und mehr), zu gleicher Zeit mit 3—10 ccm von Nebennierenrindenhormon, das, in der ersten Stunde des Beginns gegeben, die Erscheinungen meist rasch zur Rückbildung brachte, später gegeben, weniger rasch und ausgiebig, doch immerhin deutlich wirksam. Manchmal zeigten die Kranken 1—3 Stunden nach der Injektion wieder die Zeichen des hypoglycämischen Zustandes, Schwitzen, Zuckungen, Blutzuckersenkung. Alle diese Beobachtungen, insbesondere das konstante Verhalten des Blutzuckers, sowie der Effekt der Behandlung mit Nebennierenrindenhormon legen die Annahme nahe, daß beim posthypoglykäm. Coma eine akute Störung der Nebennierenrinde eine Rolle spielt. Ein Fall ist ausführlicher geschildert: 27jährige Schizophrene, 19 hypoglycämische Schocks mit zahlreichen epileptischen Anfällen, im letzten posthypoglycäm. Coma mit Stupor, groben athetotischen und choreatischen Bewegungen, am 4. und 5. Tag vorübergehende Bronzefärbung der Haut. Deshalb Injektionen von 5 ccm Nebennieren-Rinde-Hormon 10 Tage lang. Wesentliche motorische Beruhigung, doch völlige Bewußtlosigkeit andauernd, künstliche Ernährung, Kochsalzinfusionen. Blut- und Spinal-Flüssigkeit ohne Befund. Nach 3 Monaten Behandlung mit Cardiazolkrampf mit Intervallen von 4 Tagen bis zu 7 Krämpfen im ganzen, mit dem Erfolg, daß die Kranke klar spricht und klare Antworten gibt, doch unorientiert bleibt und eine totale Amnesie für ihre ganze Vergangenheit zeigt.

S. Schreiber, *I. Bronstein*, *A. Brown*. Chicago, Ill. Aus der pädiatr. Abteil. d. Univ. College of Medicine von Ill. u. dem Institut f. Jugendlichen-Forschung: Sprachstudien an Cretinen: Sprachlaute.

V.V. prüften, da über die Entwicklung des Sprechens und der Sprachlaute noch keine Einzeluntersuchungen vorliegen, die Fähigkeit zum Aussprechen der Vokale, Diphtonge und Konsonanten in systematischer Reihe durch, indem sie den Versuchspersonen auf bestimmte, möglichst einfache Weise, Fragen nach vorgehaltenen Gegenständen, Zählen lassen usw. Worte entlockten, in denen der zu prüfende Laut vorkam und zwar als Anlaut, Mittel- oder Endlaut. Die Versuchspersonen waren 17 Cretinen im Alter von 3½ bis 17 Jahren, bei denen bei 15 die Erscheinungen des Cretinismus bald nach der Geburt auftraten, während die 2 übrigen als juvenile Hypothyroide bezeichnet sind, bei denen Mangelerscheinungen erst im Anschluß an Gelegenheitsursachen (Infektion) bemerkbar wurden, und eine Anzahl von normalen Kindern entsprechender Altersstufen. Das Ziel der V.V. war, die Sprachstörungen der Cretinen festzustellen und ihre Ausdehnung, deren Sprachlaute mit denen normaler Kinder zu vergleichen, die Beziehungen zwischen Sprachstörung und Intelligenzquotienten klarzustellen, den Erfolg der ständigen Behandlung an der Sprache zu bestimmen. Als Fehlleistungen wurden registriert: Auslassungen des Lautes, Substitutionen durch einen anderen, Hinzufügen eines fremden Lautes, Verlängerung des Lautes, Ersatz durch ähnlich klingende Laute, zeitweilige Produktion, zeitweiliges Ausfallen des Lautes, Repetieren des Lautes in stotterhafter Weise. Die Ergebnisse der Untersuchungen sind in Tabellen dargestellt und zum Schluß folgendermaßen zusammengefaßt: Die Analyse zeigte, daß nur ein Kind (eine juvenile Hypothyroidie) alle vorgelegten Laute brachte und keines unter allen sie korrekt brachte. Die meisten Fehlleistungen zeigten sich in den früheren Alters- und niedrigeren Intelligenzstufen. Manche von den Kretinen entwickelten während der Behandlung Sprachfähigkeiten in der

kurzen Spanne von 6 Wochen, die normalerweise eine Zeit von der Geburt bis zum Alter von 2—3 Jahren beanspruchen.

G. Davidson, Ward's Island, N. Y.: Insulin-Therapie in Schizophrenie und das Reticulo-Endotheliale System.

Ausgehend von dem Umstand, daß die Psychiatrie beträchtlichen Gebrauch macht von Verteidigungsmechanismen in der psychologischen Ebene, wie die Mechanismen der Kompensation und Unterdrückung (Verdrängung), versucht der V., um in die psycho-somatischen wechselseitigen Beziehungen dieser Schutzmechanismen Einblick zu erlangen, die Reaktion des Retic. Endoth. S. auf die Insulintherapie und ihre möglichen Beziehungen zu den letzteren zu untersuchen. Das R. E. S. ist gewählt wegen seiner Verbreitung im Gesamtorganismus. Zunächst unterwarf V. 5 Schizophrene von paranoiden, katatonischen und hebephrenischen Formen dem sogen. Kauffmannschen Test (Auflage eines Cantharidengeflechtes von ca. 2,5 qcm auf die Haut des Beines des P. und Beobachtung der Reaktion der Hautstelle nach 20 Stunden in bezug auf Erythem, Blasen, Exsudatmenge, Zellgehalt des Exsudats, Prozentverhältnis d. Histiocyten) vor und nach der Beh. mit Insulin, ferner 5 unbehandelte schizophrene Kontrollfälle. Die Ergebnisse sind in Tabellen einander gegenübergestellt. V. glaubt aus ihnen entnehmen zu können, daß die verschiedenen durch die Behandlung erzielten Besserungsgrade im Einklang mit den verschiedenen Hautreaktionen auf den Test stehen, infofern der Grad der Besserung der Stärke der Abwehrreaktion in Form von Grad des Erythems, der Blasenbildung, der vermehrten Zellzahl und des vermehrten Auftretens von Histiocyten proportional ist. In gleicher Weise vergleicht V. 10 Fälle akuter (paranoider und katatoner) Schizophrenie mit alten (hebephrenen) Fällen, welche letztere durchweg auf den Test gegenüber den ersteren eine weit geringere Reaktion zeigten (Blasenbildung 1 bis 2 gegen 2 bis 4, Exsudat 0,1 bis 0,5 gegen 0,5 bis 1,4 ccm, Zellenzahl 200 bis 4000 zu 8000 bis 40 000, Histiocyten 0 bis 5 gegen 11 bis 24). Die mögliche Bedeutung dieser Tatsachen wertet V. dahin aus, daß auch gewisse klinische Erscheinungen der Schizophrenie als Schutzreaktionen zu interpretieren seien, wie dies von *A. Meyer*, *Blender* u. a. für verschiedene Schizophrenieen geschehen sei. Unter die mit psychologischen Abwehrmechanismen gegen die Erkrankung reagierenden Schiz. rechnet V. die paranoiden und katatonen Formen, womit ihre Verhalten gegen den Kaufmanntest, die bessere Reaktion auf die Insulinbehandlung, sowie ihre bessere Prognose überhaupt, gegenüber den hebephrenen Fällen übereinstimme. In ähnlicher Reihe sucht V. in längeren, in Kürze nicht verständlich zu machenden Argumentationen, den Complex der hypoglykämischen Wirkung in eine somatische und psychische Reihe aufzulösen, wobei er eine Hauptwirkung dem Coma, der Bewußtlosigkeit und ihren psychischen Folgen zuschreibt. Bei alledem spielt die Reaktivierung der R. E. S. eine wesentliche Rolle.

A. Bennet und *M. Lewis*, Omaha, Neb.: Künstliche Fiebertherapie bei multipler Sclerose.

Bericht über 5 mit Fieber behandelte Fälle; Fiebererzeugung in der Hauptsache mittels des „Ketteringhypertherm", und 31 Monate durchschnittlich nach der Behandlung beobachtet, davon 10 klassifiziert als frühe, 25 als mittlere, 16 als vorgeschrittene Fälle. In der ersten Gruppe 4 Fälle, die Anhaltspunkte für eine akute Infektion zeigten und schwer von akuter Enzephalomyelitis zu unterscheiden waren, zeigten fast komplette Reaktion auf Dauer; von den

übrigen 6 der Gruppe 4 ebenfalls ausgesprochene langanhaltende Besserung, die übrigen 2 nur geringe Besserung. Von den 25 mittleren zeigten ausgesprochene Besserung 13, die in 11 Fällen bis zur vollen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit führte, was aber sich wenig erhebt über das, was man im Durchschnitt auch ohne Behandlung bei solchen Fällen zu sehen pflegt. Von den 16 vorgeschrittenen zeigten nur zwei ein definitives Stillstehen des Prozesses, einige schienen nach der Behandlung schlechter. Die Fieberbehandlung sollte in frühen, ambulanten Fällen von kurzer Dauer versucht werden. Der Erfolg bei den mittleren Fällen ist so zweifelhaft, daß weniger eingreifende Methoden am Platz sind. In vorgeschrittenen Fällen ist weder Nutzen noch Schade zu erwarten.

Oktober 1940. Nr. 4. Band 92

D. Palmer (College of Medicine, Ohio State University): Bilaterale corticale Thrombose.

V. berichtet einen Fall von bilateraler temporo- parietaler Gehirnerweichung bei einem Rechtshänder, verursacht durch 2 getrennte Attaquen, einer ersten im rechten, nicht dominanten Lappen 18 Tage vor einer zweiten im linken, dominanten Lappen. Das klinische Bild der ersten Läsion war das einer anfänglichen Verwirrung mit folgender Euphorie und Unruhe, nach der 2. Läsion erst gesellten sich Aphasie, Kauderwelschsprache hinzu. Der Tod erfolgte in einem Stadium völliger geistiger Verwirrung. V. diskutiert die verschiedenen Erklärungsmöglichkeiten von Rindenstörungen, auf die die selten zu beobachtende Bilateralität des Falles ein Licht werfe.

L. Robinson (Monson State Hospital, Palmer, Mass.): Hypoglykämische Epilepsie.

Das Auftreten von epileptischen Krämpfen infolge Hypoglycämie bzw. Hyperinsulinismus hat die Annahme nahegelegt, daß in manchen Fällen von Epilepsie die Ursachen Störungen des Kohlehydratstoffwechsels seien. Blutzuckeruntersuchungen und experimentell erzeugte Hypoglycämien bei Epileptischen ergaben im ganzen negative Resultate. Verf. fand unter 1500 Fällen nur 2, bei denen eine hypoglycämische Entstehung angenommen werden konnte. Immerhin sollte man nicht nur nach den Ergebnissen des Laboratoriums, sondern nach dem klinischen Bild urteilen: vorherrschendes Auftreten der Krämpfe während des Fastens oder mehrere Stunden vor der Nahrungsaufnahme oder gehäufte Nachtanfälle oder wenn der Kranke imstande ist, Anfälle durch Nahrungsaufnahme zu kupieren, sind verdächtig; ebenso wenn in der Anamnese festgestellt werden kann, ob den Anfall begleitende Schweißausbrüche vor oder während des Anfalls auftreten, welch letzteres nur im hypoglycämischen Zustand der Fall ist. Die Behandlung muß, abgesehen von den Fällen, wo die Ursache in einem Pankreastumor oder anderen greifbaren Störungen gefunden wird, eine den chemischen und klinischen Ergebnissen entsprechende diätetische und medikamentöse sein.

Ch. Aring, Cincinnati, Ohio (aus der neurolog. Abteil. des College of Medicine und dem neuropatholog. Laborat. Allgem. Krankenh. Cincinn.): Degeneration der basalen Ganglien, verbunden mit olivopontocerebellarer Atrophie.

Ausführliche klinische und histopathologische Beschreibung eines solchen Falles bei einem 30jährigen Neger, ungewöhnlich durch die lange Dauer des Leidens, über 22 Jahre, und durch sein familiäres Auftreten; eine Schwester,

gestorben mit 18, und ein Bruder, gestorben mit 22 Jahren, litten an den gleichen Erscheinungen.

S. Jelliffe, New-York, N. Y.: Vigilance and the Vitalistic Hypothesis.

Betrachtungen über vitalistische Anschauungen in Mythologie, Leben und in naturwissenschaftlicher und medizinischer Terminologie, mit besonderer Bezugnahme auf den Zustand von Vigilance, worunter Verf. den Spannungszustand zu motorischer Reaktion versteht. Die Gedankengänge des V. sind in einem Bericht nicht verständlich zu machen.

H. Rubinstein u. *W. Freemann*, Washington, D. C. (aus dem Forschungslaboratorium d. Sinai Hospital, Baltimore und der Neurolog. Abteil. d. George-Washington Univers.): Cerebellare Agenesie.

Ausführliche Beschreibung eines Falles von extremer Hypoplasie des Kleinhirns bei einem 72jährigen Mann, bei dem sich außerdem zahlreiche atheromatöse Infarcte in der Hirnrinde, besonders in den Parietallappen fanden. Das Auffallende war, daß sich bei dem Pat. bis 2 Jahre vor dem Tod keinerlei cerebellare Symptome zeigten. V. lehnt die Annahme, daß dies durch eine in anderen Fällen beobachtete Compensationswirkung des Cerebrums zu erklären sei, die durch die spätere Erkrankung des letzteren in Wegfall gekommen sei, ab unter Hinweis auf gewisse experimentelle Erfahrungen an decapitierten Tieren über die Rolle des Cerebrums beim Zustandekommen der cerebellaren Symptome. Er kommt zu dem Schluß, daß der Pat. von einer so allgemeinen konstitutionellen Inferiorität war, daß er für den größeren Teil seines Lebens als eine genügend ausgeglichene psychobiologische Einheit, nur auf einem niedrigeren, psychosomatischen, sozialen, ökonomischen und intellektuellen Niveau, existieren konnte.

November 1940. Nr. 5. Band 92

A. Walker, Chicago, Ill. (aus der Abteil. für Neurologie und Neurochirurgie, Univers. of Chicago Clinics): Der cerebrale Bogen des Cornealreflexes.

W. berichtet über 3 Fälle von intracraniellen Neoplasmen in den Hemisphären, in denen der contralaterale Cornealreflex deutlich abgeschwächt war. Ein 4. Fall mit Erweichung der inneren Kapsel, der einen deutlich abgeschwächten Cornealreflex im Anfangder Erkrankung mit allmählicher Rückkehr zur Norm darbot, ist als typisches Beispiel für die Befunde bei Gefäßinsulten der inneren Kapsel angefügt. Diese Befunde lassen vermuten, daß mindestens einige der den Cornealreflex leitenden Fasern die Hirnrinde erreichen. Die Störung ist gewöhnlich stärker ausgeprägt, wenn der motorischen Lähmung auch sensorielle Ausfälle zugesellt sind. Die berichteten Fälle zeigten keine Begleiterscheinungen, wie Hirndruck usw., durch die der rein bulbäre Reflexweg hätte beeinflußt werden können.

Meyer Brown und *H. Paskind*, Chicago (aus der Abteil. für Nerven-, Geisteskrankheiten, Nordwestl. University Medical School Chic.): Konstitutionelle Unterschiede zwischen wesensveränderten und nicht wesensveränderten (deteriorated — non deteriorated) Patienten mit Epilepsie: III. Dactylographische Studien.

Die Verf., die bereits gewisse konstitutionelle und hereditäre Unterschiede zwischen den genannten Epileptikergruppen aufgefunden zu haben glauben,

teilen in der Arbeit die Ergebnisse ihrer dactylographischen Untersuchungen an 1446 Fingern von 146 wesensveränderten und an 1147 Fingern von 147 wesensintakten Epileptikern mit. Die V. halten die genauer beschriebenen dactylographischen Unterschiede für bedeutsame Kennzeichen der biologischen Verschiedenheit der 2 Gruppen.

C. Campbell, Boston, Mass. (Psychopathic Hospital): Ein Beitrag über Erfindungsgabe und ihre Auswertung, Psalmanazar und Helene Smith.

Im Jahr 1763 starb ein hochangesehener frommer jüdischer Gelehrter, Verfasser von Psalmenausgaben, 30jähriger Mitarbeiter an einem bedeutenden Universalgeschichtswerk usw. Ein Jahr nach seinem Tod erschien eine Autobiographie von ihm unter dem Pseudonym Psalmanazar, in der er das unstete, von Schwindeleien erfüllte Wanderleben seiner Jugendjahre mit größter Offenheit schildert und sein von der Lesewelt seinerzeit verschlungenes Jugendwerk mit dem Titel „Eine historisch-geographische Beschreibung von Formosa ... etc. von George von Psalmanazar, ein von Island Gebürtiger, jetzt in London" als bewußte Fälschung preisgibt. Helene Smith, ebenfalls ein Pseudonym, ist ein durch Th. Flournoy („Des Indes à la Planète Mars") bekannt gewordenes Medium, das in ihrem früheren Leben eine arabische Prinzessin und dann Marie-Antoinette gewesen und nun mit den Bewohnern des Mars in Verbindung sein will. Ähnlich wie der 1. Verfasser Land und Leute auf Formosa einzeln und in Zeichnungen schildert, so entwirft auch die 2. Autorin Schilderungen und Zeichnungen von Landschaften, Menschen und Tieren des Mars, die sich jedoch keineswegs von denen der Erde unterscheiden. Sie tat dies jedoch nur in ihren somnambulen Zuständen und lebt im übrigen als eine kaufmännische Angestellte ein unromantisches Dasein. W. will mit diesen merkwürdigen äußerlich ähnlichen, in der Entstehung grundverschiedenen literarischen Produkten einen kurzen Kommentar zum Thema Bewußtes und Unbewußtes Schaffen geben.

A. Wolf, New York (aus dem anatom. Laborat. des New York University College of Medicine und dem Neurological Service of Bellevue Hospital): Eine Methode, um die Dauer von Lähmungen der unteren motorischen Neurone durch „Cholinergic Facilitation" abzukürzen.

Ausgehend von der neuro-physiologischen Tatsache, daß Acetylcholin der interneuronale chemische Mittler zwischen gewissen prae- und post-gangliären Fasern sei und daß es möglich sein könnte, durch cholinergische Facilitatoren geschädigte periphere Nerven günstig zu beeinflussen, hat W. Katzen und Ratten, denen der Ischiadicus durchtrennt bzw. durch Alkoholinjektionen gelähmt wurde, mit Acetylbetamethylcholin, Chlorkalium und Prostigmin behandelt. Gegenüber den unbehandelten Kontrolltieren war der allgemeine Zustand der Tiere und die Besserungsfortschritte der Lähmungserscheinungen unbestreitbar günstiger. Eine Bestätigung der experimentellen Ergebnisse ergaben klinische Besserungen bei einer Reihe von Facialislähmungen unter Prostigmin medication. W. glaubt, daß sich mit der Methode ein neues therapeutisches Feld für verschiedene Läsionen der unteren motorischen Neurone eröffne, in erster Linie für traumatische, aber auch bei progressiver Muskelatrophie, amyotrophischer Lateralsclerose, Poliomyelitis. Näheres über hypothetische Grundlagen, Anordnung und Ergebnis der Versuche muß im Original nachgelesen werden.

L. Adelstein, Los Angeles, California (aus dem County General Hospital und der Abteil. für Neurochirurgie, University of Southern Calif.): Cysticercuscyste des 4. Ventrikels und ihre chirurgische Entfernung.

Ausführliche Beschreibung eines Falles einer großen solitären den 4. Ventrikel total ausfüllenden Cysticeruscyste bei einem 21jährigen Patienten, der, was nach dem Schrifttum sehr selten ist, durch operative Entfernung völlig wiederhergestellt wurde.

M. Kastan, Longview Hospital, Cincinnati, Ohio: Electric Corpse Changes and Reaction on The Peripheral Nerves In Insulin-Treated Schizophrenic Patients.

W. hat eine Reihe von etwa 60 Kranken 2—4 Stunden nach dem Ende des Insulincomas auf die elektrischen Reaktionen am peripheren Nervensystem und zwar am N. medianus ulnaris und peroneus untersucht, veranlaßt durch die Klagen eines Kranken über Taubheit an den Fingern. Er faßt das Ergebnis seiner Untersuchungen folgendermaßen zusammen: 1. Es entwickelt sich eine partielle Entartungs-Reaktion — Umkehrung —; 2. der Verlauf der abnormen Reaktion ist progressiv oder irregulär; 3. in einem großen Prozentsatz fand sich eine „partial corpse reaction“, worunter W. ein völliges Fehlen der galvanischen und faradischen Reaktion und der Sehnenreflexe trotz Fehlens einer schlaffen Lähmung entsteht. Er sieht die Erklärung hierfür in dem Umstand, daß das Insulincoma durch dieselben Substanzen beendigt wird, welche den Eintritt einer Attaque der familiären periodischen Parese begünstigen, während das Insulin eine solche Attaque beendet. 4. Vitamin B und G sind ohne Einfluß auf die Änderungen der elektrischen Reaktionen; 5. der Peronens ist weit weniger unempfindlich für elektrische Veränderungen nach Insulincoma als der Ulnaris und Medianus.

H. Hadley, Washington D. C.: Convulsion Seizures Following Eclampsia.

Eine früher gesunde Frau von 18 Jahren bekam Januar 27 Masern, gefolgt von Pyelitis, wurde Februar 27 schwanger, starke Hyperemesis, Recidiv d. Pyelitis mit schweren toxischen Erscheinungen, eclamptische Krämpfe mit Delirium, Einleitung des Abortes, Andauer der Eclampsie und der Sepsis; September nur noch geringe Convulsionen, die nun epileptischen Charakter annehmen. Die Epilepsie blieb bestehen, meist in Form von petit mal, mit nur gelegentlichen großen Anfällen. Trotz dringenden Abratens wieder schwanger im Jahr 31, ohne irgendwelche krankhafte Symptome bis nach dem Puerperium, ebenso verliefen die folgenden Schwangerschaften, die mit 2 Kindern und 2 Frühgeburten endeten. V. hält den Fall für eine Epilepsie, hervorgerufen durch das cerebrale Trauma der Eclampsie und die nephritische Toxämie.

N. Raskin und *O. Mullaney*, Boston, Mass. (aus dem Boston State Hospital): Die psychisch-nervösen Folgen bei Kohlensäure-Vergiftung in einem 15 Jahre lang beobachteten Fall.

V., der eine vollständige Literaturübersicht vorausschickt und nur ganz wenig Fälle von längerer Beobachtungsdauer, 1 von fünf und 1 von 16 Jahren, aufzufinden vermochte, berichtet einen Fall von Kohlenoxydvergiftung, der von dem Unfall im August 22 ab bis zum Tod Juni 37 beobachtet wurde. Die Folgen des Unfalls nach dem Abklingen der unmittelbaren Symptome waren partielle Amnesie für Einzelheiten aus der Vergangenheit, Mangel an Selbstbeherrschung, Wutanfälle, späterhin im Gegensatz zu früher unordentlich,

außerdem sich ständig verstärkender typischer Parkinsonismus; psychisch depressiv, zunehmende geistige Verödung. Anatomischer Befund: Ausgedehnte bilaterale symmetrische Necrose des Globus pallidus, kleine Erweichungsherde und gliöse Narben in der Gehirnrinde mit Höfen von Demyelisation, geringe Gefäßveränderungen usw. Die typische Läsion des Pallidums und die zahlreichen disseminierten Läsionen in der Rinde erklären das 15 Jahre lang gebotene klinische Bild vollkommen.

Ast, München

Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie. Band XLV, Heft 1.

Beno Dukar, Psychiatrische Universitätsklinik Basel: **Ausgewählte, kritisch besprochene Beispiele zum Eherecht der Geisteskranken.**

Verf. veröffentlichte vor einiger Zeit eine Monographie unter dem Titel: „das schweizerische Eheverbot für Urteilsunfähige und Geisteskranke" und bereitet eine weitere Schrift über das Eheungültigkeits- und Ehescheidungsrecht des Geisteskranken, Psychopathen und Neurotikers vor. Von den hierbei verwerteten 250 Fällen teilt er nun hier 52 Fälle als typische Beispiele mit, um so seine theoretisch-systematischen Darlegungen durch diese Kasuistik praktisch zu beleuchten. Hierbei betreffen die Ehefähigkeit 29, die Ehenichtigkeit 8, die Eheanfechtung 6 und die Ehescheidung 9 Beispiele. Jeder Fall wird eingehend dargestellt und anschließend vom psychiatrisch-rechtlichen Standpunkte aus kritisch besprochen. Die hierbei vom Verf. vertretenen Auffassungen über die Anwendung des Schweizerischen Eherechts, die an dieser Stelle nicht im einzelnen wiedergegeben werden können, sind im Hinblick auf das deutsche Ehegesundheitsgesetz vom 18. Oktober 1935 und das neue großdeutsche Eherecht vom 6. Juli 1938 von besonderem Interesse, zumal ja die Unfruchtbarmachung in der Schweiz seit längerer Zeit in gewissem Umfang eingeführt ist. Erwähnt sei nur, daß der Verf. die grundsätzlich ungünstige Prognose des schizophrenen Prozesses im Unterschied zu andern schweizerischen Psychiatern nicht anerkennt. Ein Stichwortverzeichnis erleichtert die Benützung der mitgeteilten vielseitigen Kasuistik, die auch als Sonderveröffentlichung erschienen ist.

C. Brugger, Basel: **Die genetische Einheitlichkeit der klinisch unkomplizierten Schwachsinnsformen.**

Schaltet man beim angeborenen Schwachsinn alle klinischen Sonderformen wie Mongolismus usw., ferner alle auf exogene Entstehung verdächtigen Fälle und endlich die zwei genotypisch selbständigen Kreise des von *Sjögren* und *Heuyer* umschriebenen Schwachsinns mit doppelseitigem kongenitalen Star und der von *Fölling*, *Penrose* und *Jervis* abgetrennten phenylpyruvichen Oligophrenie aus, so können bei der übrig bleibenden, klinisch nicht mehr weiter unterzuteilenden Masse des Schwachsinns für weitere genotypische Differenzierungen aus den im neueren Schrifttum vorliegenden Untersuchungen (soweit sie als vergleichbar anzusehen sind, was für das Material von *Penrose* nicht zutrifft), tatsächliche Anhaltspunkte nicht festgestellt werden; vielmehr muß nach den Ergebnissen, die diese Forscher an den Eltern und Geschwistern der angeborenen schwachsinnigen Probanden gewonnen haben, angenommen werden, daß die Debilität und Imbezilität höchst wahrscheinlich auf den geichen Erbanlagen beruhen, wofür auch die Zwillingsuntersuchungen *Judas*



sprechen, und daß bei der Vererbung des Schwachsinns dominante Erbfaktoren keine Rolle spielen.

F. Flury, Würzburg: Gewerbliche Gifte und Nervensystem.

Verf. gibt in seinem Referat, das er auf der Jahresversammlung der schweizerischen neurologischen und der schweizerischen psychiatrischen Gesellschaft in Lugano am 3. Juni 1939 erstattet hat, eine großzügige Übersicht über die wichtigsten Beziehungen zwischen den gewerblichen Giften und dem Nervensystem. Die Gewerbegifte dringen überwiegend mit der verunreinigten Luft ein, üben auch in kleinen Mengen eine hohe biologische Aktivität aus und führen unter allmählicher Steigerung zur schleichenden Schädigung, zur chronischen Vergiftung. Bei den Nervengiften stehen die nervösen Störungen zwar im Vordergrund des äußeren Bildes, sind aber immer mit Störungen des übrigen Organismus, vor allem der Zentralstellen des Stoffwechsels und der Organe der inneren Sekretion begleitet. Anschließend werden die verschiedenen Arten des Gifteintrittes in den Körper, der Angriffspunkte, der Wanderung, der Umwandlung im Körper und der Bildung körpereigener Stoffe von hoher biologischer Wirksamkeit erörtert. Von den Metallen werden Blei, Quecksilber, Mangan, Thallium und Vanadin und weiterhin Arsen, Antimon und Selen sowie die Kombinationen mit Alkohol und Nikotin hervorgehoben. Schließlich wird auf die Notwendigkeit der Frühdiagnose angesichts der stürmischen Entwicklung der Technik und der deshalb immer häufiger werdenden gewerblichen Schädigungen, auf den Giftnachweis mit den modernen chemischen und physikalischen, insbesondere optischen Methoden und auf die Behandlung durch die Beeinflussung des Stoffwechsels durch entsprechende Nahrungs- und Vitaminzufuhr hingewiesen und endlich die Bedeutung der Gemeinschaftsarbeit zur Beseitigung von Mißständen und Irrtümern in diesem wichtigen Teil der Volksgesundheitspflege betont.

A. Koller, Zollikon-Zürich: Anormalenzählung in Appenzell A.-Rh. vom Jahr 1937. II. Teil: Die Nachzählung der in den Jahren 1907 und 1922 schulpflichtig gewesenen, damals als geistig gebrechlich erkannten Personen.

Von den 1907 und 1922 untersuchten und als geistig gebrechlich befundenen Schulpflichtigen wurden bei der Nachzählung 1937 von den 37—45 Jährigen 323 (Gruppe A), von den 21—29 Jährigen 359 (Gruppe B) wieder aufgefunden. Die in der Zwischenzeit Verstorbenen (73 + 21 = 94) betrafen überwiegend schwere Formen von Schwachsinn und Epilepsie. Von den Überlebenden befanden sich 60 v. H in einem besseren, 20 v. H. in einem schlechteren und 20 v. H. in dem gleichen Zustand wie bei der Voruntersuchung. Dieses auffallend günstige Ergebnis erklärt sich dadurch, daß die jetzt als annähernd normal zu Bezeichnenden bei der Voruntersuchung meist noch sehr jung, unentwickelt und daher schwer endgültig zu beurteilen waren. Die Hördefekte betrafen fast die Hälfte der Nachuntersuchten und nahmen mit der Zunahme der Geistesschwäche anteilmäßig zu. Es fanden sich 4 Blinde, 1 Rückenmarksleidender, 15 größtenteils zugleich hochgradig geistesschwache Epileptiker, 39 Geisteskranke (Pfropfschizophrene), 31 sittlich Defekte, 22 Trunksüchtige, 30 sexuell Entgleiste und Gefährdete, 47 zu unnützen Ausgaben Neigende, 24 als bösartig, 69 als störrisch, 148 als reizbar Geschilderte, 74 zu Lügen und Diebstahl Neigende, 107 Kretine oder Kretinoide, 8 Mongoloide. Die Hälfte der Kretinenhaften hatten Kröpfe, $^2/_3$—$^3/_4$ hörten schlecht, 73 waren schwachsichtig, 26 schielten, 25 v. H. haben oder hatten Kröpfe,

etwa 8 v. H. waren Linkshänder; mehre Verkehrsunfälle kamen vor und unter den Operationen 6 Unfruchtbarmachungen. Sehr beachtlich ist der Nachweis, daß sich der Unterricht in Sonderanstalten und Sonderabteilungen bei den Taubstummen und Geistesschwachen, sofern es sich nicht um ganz schwere schwachsinnige Zustände handelt, deutlich sehr vorteilhaft durch die Ausbildung in einem Beruf, mitunter bis zur selbständigen Ausübung eines solchen ausgewirkt hat. „Der Spezialunterricht der geistig Gebrechlichen lohnt sich also". Es könnten noch weit bessere Ergebnisse durch genügend frühzeitige Zuführung der Gebrechlichen zu diesem Unterricht und Vermehrung der Sonderklassen erzielt werden. Erwerbsunfähig waren von 138 Personen nur 20 v. H. Als militärdiensttauglich wurden 50 v. H. der jetzt als geistig normal bezeichneten Männer, 33 v. H. der Schwachbegabten und 9 v. H. der in geringem Grade Geistesschwachen, sowie 7 von 12 sittlich Defekten beurteilt. 66 v. H. der Gruppe A und 55 v. H. der Gruppe B wohnen im Kanton Appenzell. 73 der Personen von Gruppe A und 32 der Gruppe B sind in Anstalten untergebracht. 70 v. H. der Nachgezählten sind Kantonsbürger; diese überwiegen besonders bei den Schwerhörigen, Taubstummen, Epileptischen und Geisteskranken und machen so den Hauptteil der Anstaltsuntergebrachten aus. 27 Haushaltungen und 25 Ledige beziehen Arbeitslosenunterstützung. Auf Grund der drei Zählungen und sonstiger Schätzungen kommt der Verfasser zu dem Ergebnis, daß 5 v. H. der Kantonsbevölkerung an angeborener oder in frühester Jugend erworbener geistiger Gebrechlichkeit leiden, und daß 0.8—1 v. H. im späteren Leben erworbene Geistesstörungen aufweisen, so daß er in Übereinstimmung mit *Hans W. Maier* mit 6 v. H. geistig Anormalen in der Kantonsbevölkerung rechnet. Diese verhältnismäßig hohe und offenbar über dem schweizerischen Durchschnitt stehende Ziffer führt der Verfasser im wesentlichen auf den im Kanton verbreiteten Kretinismus zurück. Nicht weniger als 175 der jetzt noch als geistig gebrechlich Anzusehenden haben sich verheiratet, wobei die Qualität der Ehepartner in vielen Fällen zu wünschen übrig läßt. Die Nachgezählten haben 400 Kinder, von denen etwas mehr als 6 v. H. verstorben sind. Von den Überlebenden sind 15 v. H. als geistig schwach bezeichnet, eine Ziffer, die aber nur als Mindestwert angesehen werden kann. Die Zählkarten aller drei Zählungen ließen eine Reihe verwandtschaftlicher Beziehungen erkennen, die die Vererbung der geistigen Gebrechlichkeit deutlich dartun. Wie bei der früheren Nachzählung ergab sich auch diesmal bei den geistig Abnormen in einem sehr erheblichen Anteil eine erbliche Belastung durch Schwachsinn, Alkoholismus und auffallenden Charakter der Eltern. Aus all dem ergibt sich die Notwendigkeit, zum Schutze der Volksgesundheit den Alkoholismus zu bekämpfen und die Fortpflanzung Geistesschwacher und moralisch Defekter durch Aufklärung, richtige Handhabung des Ehegesetzes und Unfruchtbarmachung einzudämmen. Die Zählkarte, die bei der Nachzählung verwendet wurde, ist im Anhang im Wortlaut mitgeteilt. Die vorliegenden ebenso mühsamen wie verdienstvollen Erhebungen, die nun einen Zeitraum von 30 Jahren umspannen, würden für eine psychiatrische Bestandsaufnahme, wie sie in Deutschland aus rassehygienischen Gründen den Gesundheitsämtern zur Dienstaufgabe gemacht worden ist, geradezu ideale Voraussetzungen bieten.

S. Lups und *F. Kramer*, Psychiatrisch-Neurologische Klinik, Utrecht: Das Verhalten der Reflexe im Insulinkoma.

In dem Bestreben, zur Feststellung des Eintrittes des Präkomas und Komas neben der oft schwierigen unmittelbaren Beurteilung des Bewußtseinszu-

standes die körperlichen Begleiterscheinungen heranzuziehen, untersuchten die Verff. den Hornhautreflex, den Fußsohlenreflex und den Babinskischen Reflex, die Bauchreflexe, die Sehnenreflexe und die Temperatur in ihrem Verhältnis zum Ablauf des hypoglykämischen Zustandes und zur Blutzuckerkurve. Als die konstantesten Zeichen des Komastadiums fanden sie das Vorhandensein des Babinski und das Fehlen des Hornhautreflexes und weiterhin, wenn auch oft schwerer feststellbar, das Fehlen der Bauchdeckenreflexe; hierzu kommen, wenn auch nicht ganz so regelmäßig die Verstärkung der Sehnenreflexe, oft bis zum Patellar- und Fußklonus, das Fehlen des normalen Fußsohlenreflexes, das Fehlen der Reaktionen auf Schmerzreize an der Volarfläche des Handgelenkes und der Nasenwurzel sowie des Widerstandes beim passiven Öffnen der Augen. Die Reflexanomalien bilden sich etwa 10—20 Minuten nach der Zuckerzufuhr zurück mit dem Wiederanstieg des Zuckerspiegels, dabei können sie insgesamt den Wiedereintritt des Bewußtseins etwas oder vereinzelt auch bis zu einer Stunde überdauern. Die gefallene Temperatur erreicht in der Regel erst nach längerer Zeit ihre normale Höhe wieder.

F. Singeisen, Heil- und Pflegeanstalt Münsingen bei Bern und Medizinische Klinik der Universität Bern: Rorschachbefunde bei chronisch Lungentuberkulösen und Herzkranken.

Verf. untersuchte mit dem Rorschachtest 50 chronisch Lungentuberkulöse und 40 Herzkranke der einfachen Land- und Arbeiterbevölkerung im Alter zwischen 20 und 60 Jahren, die frei von erheblicheren Komplikationen ihres Leidens waren. Er fand bei den Tuberkulösen Vorwiegen des extratensiven Erlebnistypus, Überwiegen der Farb- gegenüber den Bewegungsantworten, Häufigkeit der Farbform- und der primären Farbantworten, Verwendung der weißen ausgesparten Stellen zur Deutung, überdurchschnittlichen Anteil guter Formantworten, besondere Vorliebe für Vorstellungen aus der menschlichen Anatomie. Er schließt hieraus auf eine relativ hohe Intelligenz und Konzentrationsfähigkeit ohne große Ermüdbarkeit, ein gelockertes, wenig angepaßtes Affektleben mit Empfindlichkeit, sensibler Reizbarkeit, ferner Oppositionsneigung, Unzufriedenheit und Nörgelsucht. Die Vorliebe für anatomische Deutungen führt er auf die besonders geartete Krankenhausumgebung und ständige körperliche Kontrolle zurück. In deutlichem Gegensatz hierzu fand Verf. bei den Herzkranken Vorwiegen des introversiven Erlebnistypus, Zurücktreten der Farb- zugunsten der Bewegungsantworten, Vorwiegen der Formfarbantworten, Richtung der Erfassung auf Kleindetails auf Kosten der Ganzantworten, relativ starken Anteil gut erfaßter Formen, geringere Zahl der anatomischen Deutungen als bei den Tuberkulösen, aber höher als beim Durchschnitt. Der hohe Anteil guter Formdeutungen spricht auch hier für gute Intelligenz und ungeschwächte Konzentrationsfähigkeit. Es überwiegen hier die verschlossenen, in sich gekehrten Menschen im bezeichnenden Unterschied zu den Tuberkulösen. Die Affektivität ist wohl nicht herabgesetzt, kommt aber weniger stark zum Ausdruck, vermutlich auf Grund einer depressiv-ängstlichen Grundstimmung, die allerdings durch den Befund nur wahrscheinlich gemacht und nicht sicher bewiesen werden kann. Die gefundene Gegensätzlichkeit des Erlebnistypus und der Affektivität will der Verf. in erster Linie auf die unmittelbare Wirkung der Krankheiten, bei der Tuberkulose auf Toxine, bei den Herzkrankheiten auf die zentrale Rolle des Kreislaufes für die intrapsychischen Vorgänge und die Kohlensäureübersättigung, erst in zweiter Linie auf die prämorbiden Wesensmerkmale zurückführen.

H. Steck, Cery. Medizinische Klinik und Psychiatrische Klinik der Universität Lausanne: Die zerebralen und psychopathologischen Symptome der gewerblichen Vergiftungen mit anorganischen Stoffen.

Der Verf. gibt in seinem auf der Versammlung der schweizerischen neurologischen und der schweizerischen psychiatrischen Gesellschaft in Lugano am 3. Juni 1939 erstatteten Referat auf Grund des Schrifttums und seiner eigenen Erfahrung eine erschöpfende Übersicht über die Gewerbevergiftungen mit Quecksilber, Blei, Mangan und Thallium. Er unterscheidet 1. die toxischen Neuritiden (die häufige Thallium-Polyneuritis und Thallium-Paralyse, die seltenere Mangan- und Quecksilber-Neuritis); 2. die neurasthenischen Formen (besonders bezeichnend für Blei und Quecksilber, weniger für Mangan und Thallium); 3. bei den toxischen Encephalopathien sind die unmittelbaren Schädigungen des Gehirns und seiner Häute (Blei-Delire und wohl die seltenen Psychosen und Gehirnerkrankungen bei Quecksilber) von den mittelbaren Gehirnaffektionen infolge von Gefäßschädigungen (Demenzformen, Epilepsie und Pseudoparalyse bei Blei, die seltene Demenz bei Quecksilber mit Aphasie und der seltene Parkinsonismus bei Mangan) zu unterscheiden.

Band XLV, Heft 2

G. Böszörményi und *F. Mérei*, Psychiatrisch-neurologische Universitätsklinik Budapest und Staatliches pathologisches und therapeutisches heilpädagogisches Institut: Zum Problem Konstitution und Prozeß in der Schizophrenie auf Grund des Rorschachversuches.

Bei einem Schizophrenen von leptosomem Körperbau konnte der im gesunden, präpsychotischen Zustand erhobene *Rorschach*befund mit dem beim Abklingen des ersten psychotischen Schubes festgestellten Untersuchungsergebnis verglichen werden. In Übereinstimmung mit *Skalweit* ergab sich, daß der schizothyme, introversive Erlebnistyp in einen extratensiven umgeschlagen war. Das Zurücktreten der Bewegungsantworten und die Vermehrung der Farbantworten führen die Verff. auf die prozeßbedingte Regression und den Abbau der Verdrängung zurück und erörtern die Möglichkeit, daß die Verbindung der kinästhetischen Engramme mit optischen Wahrnehmungen durch Funktionsstörungen in der parieto-okzipitalen Gegend fortfallen könnte. Auch versuchen sie, bei der Deutung des *Rorschach*versuches einen mehr motorischen und einen mehr sonsorischen Anteil und auf Grund hiervon verschiedene Arten isolierter Störungen dieser Anteile zu unterscheiden.

R. Flinker, Cernauti, Rumänien: Psychogenie und Hysterie.

Kurze Darlegungen über die „zielgerichtete Aktivität", in deren Störung der Verf. den Boden für die Entstehung der klassischen hysterischen Erscheinungen erblickt. Die genauere Darstellung findet sich in der Monographie des Verf. über die Psychologie und Psychopathologie der Hysterie, die 1938 bei Thieme, Leipzig erschienen ist.

W. Kat und *G. Prick*, Psychiatrisch-neurologische Universitätsklinik Amsterdam): Über Pathogenese und Klinik des Delirium tremens.

Auf Grund der Bearbeitung von 134 D. t.-Fällen (126 Männer, 8 Frauen) mit zusammen 172 Deliriumsanfällen kommen die Verff. zu folgenden Ergebnissen. Die Verteilung der Erkrankungen auf die Beobachtungsjahre 1916 bis 1938 sowie auf die Lebensjahre wich von der sonstigen Erfahrung nicht ab. Provozierende Gelegenheitsursachen fanden sich in 72.7 v. H. und zwar Pneumonie in 11,5 v. H., sonstige schwere Erkrankungen in 19.1 v. H., epileptische Insulte (mit vermutlich gemeinsamer toxischer Grundlage) in 26,2

v. H., starke Alkoholexzesse in 6,4 v. H. Dem Trauma wird eine auslösende Wirkung nicht zuerkannt. Ein provozierender Einfluß plötzlicher Enthaltsamkeit („Abstinenzdelir“) konnte an den vorliegenden Beobachtungen nicht nachgewiesen und bei kritischer Prüfung des Schrifttums nicht wahrscheinlich gemacht werden, so daß die Verabreichung von Alkohol zu Behandlungszwecken als wissenschaftlich unhaltbar mit Recht abgelehnt wird. Hinsichtlich des Stoffwechsels wird auf eigene und fremde Feststellungen hingewiesen, nach denen in vielen Fällen ein kombinierter Mangel an Vitamin B 1 und Vitamin C besteht. Die Verff. rechnen mit der Möglichkeit, daß die schlechte Glycogensynthese bei Vitamin C-Mangel sich als Bindeglied zwischen der Leberstörung und der Hypovitaminose erweisen werde. Was die Gehirnlokalisation des D. t. anlangt, so machen sie auf die zunehmende Neigung, sie in den Hirnstamm zu verlegen, aufmerksam. Therapeutisch betonen sie den günstigen Einfluß der Einatmung eines Sauerstoff-Kohlensäure-Gemisches und empfehlen im übrigen die Insulintherapie nach *Kehrer*, die Decholinbehandlung nach *de Crinis* sowie intravenöse Anwendung großer Mengen von Vitamin B und C mit Insulin- und Zuckergaben. Zwei Fälle mit dem seltenen zeitlich getrennten Auftreten von D. t. und Alkoholhalluzinose bilden den Schluß der Arbeit, die als Weiterführung des von Prof. *K. H. Bouman* 1910 veröffentlichten Beitrages besonders wertvoll ist.

F. Lotmar, Bern: Zur Lehre von der erschwerten Wortfindung und ihrer Rückwirkung auf das Denken des Aphasischen (Dritter Beitrag).

Verf. bringt in Ergänzung seiner früheren diesbezüglichen Arbeiten, in kritischer Auseinandersetzung mit den Einwänden *L. Binswangers* und gestützt auf neue eigene experimentelle Beobachtungen eine weitere ausführliche Begründung seiner Auffassung, die dahin geht, daß die Wortfindungsschwierigkeiten des Aphasischen nicht auf eine noetische Grundlage irgendwelcher Art zurückgehen, sondern rein sprachlich bedingt sind, und ferner, daß, wie auch andere Beobachter inzwischen festgestellt haben, dieser Sprachschaden eine hemmende Rückwirkung auf das Denken an anschauliche wie vor allem an unanschauliche Inhalte ausübt. *Lotmar* erblickt in der Analyse entsprechender Versuche auf der Grundlage der Normalpsychologie des Besinnens den einzigen gangbaren Weg für ein tieferes Eindringen in die Probleme vom Wesen und von den geistigen Auswirkungen gestörter Wortfindung. Die außerordentlich sorgfältigen Darlegungen kritischer und experimenteller Art, bei denen der Verf. die Arbeiten *Kleists* und der anderen Hirnforscher eingehend würdigt, eignen sich nicht für eine kurze Wiedergabe und müssen an Ort und Stelle nachgelesen werden.

M. Lüscher, Neurologisches Ambulatorium der Medizinischen Universitätsklinik Basel: Zur Prostigmin-Therapie der Myasthenia gravis (nebst Bemerkungen zur Theorie der Physostigmin- bzw. Prostigminwirkung).

Verf. gibt einen kritischen Überblick über die verschiedenen Anschauungen über die Pathogenese der Myasthenie; sie spricht sich für die Wichtigkeit eines vegetativen Faktors und zwar im Sinne einer vagalen Hypotonie aus und nimmt für die muskulären Äußerungen der Krankheit eine Hypotonie des „cholinergischen Systems“, zu dem auch die motorischen Nerven zu rechnen sind, an. Sie schildert einen Fall von Myasthenie und dessen Behandlung mit Prostigmin, das zunächst auffallende motorische und unangenehme vegetative Nebenerscheinungen offenbar infolge von Vagusreizung hervorrief.

Da außerdem manche Beobachtungen für eine gleichzeitige Sympathikusreizung durch Prostigmin sprechen, nimmt sie an, daß dieses als amphotropes Arzneimittel anzusehen, und daß bei der Pathogenese der Krankheit sowohl eine vagale wie eine sympathische Hypotonie von Bedeutung ist, daß es sich also bei der Myasthenie um eine Hypoamphotonie handelt.

P. Mohr, Kant. Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden, Aargau: Das künstlerische Schaffen Geisteskranker und seine Beziehungen zum Verlauf der Krankheit.

Verf. prüft an Hand eines größeren Beobachtungsstoffes, aus dem er 4 Fälle ausführlicher mitteilt, spontan entstandene bildnerische Werke, hauptsächlich Bilder Geisteskranker auf ihren Gehalt. Dabei unterscheidet er in Übereinstimmung mit anderen Forschern einen konventionellen Anteil, der als äußerer Rahmen durch die Umgebungseinflüsse wie Modell, Landschaft, frühere Einwirkung bestimmter Mal- und Zeichenschulen, Sitte und kulturelle Gewohnheiten bestimmt ist, ferner einen persönlichen Anteil, bei dem er einen engen Zusammenhang zwischen Farbanwendung und jeweiliger Affektlage, der sich bis auf deren Veränderung parallel dem Wechsel des klinischen Zustandes und der Affektlage erstreckt, findet, und einen dritten symbolischen Anteil, der teils bewußt, teils unbewußt entstanden, Stoff für die psychoanalytische Deutung bietet. Die Ergebnisse des bildnerischen Schaffens der Geisteskranken werden in doppelter Hinsicht gewertet: einmal als aufschlußreiche Äußerung der Gesamtpersönlichkeit des Künstlers und dann als Ausdruck einer gewissen Selbstheilungstendenz beim Kranken.

I. Stern, Nervenabteilung des Spitals der jüdischen Kultusgemeinde in Budapest: Über das Vorkommen der dystrophischen, neuralen und spinalen Form der progressiven Muskelatrophie in einer Familie. Ein Beitrag zur einheitlich-neurogenen Pathogenese sämtlicher Myopathien.

Verf. teilt drei Fälle von progressiver Muskelatrophie innerhalb ein und derselben Geschwisterreihe mit, von denen der eine die dystrophische, der zweite die neurale und der dritte die spinale Form darstellt. Aus der familiären Alternanz wird auf eine enge pathogenetische Zusammengehörigkeit aller Myopathien und weiter auf die neurogene Entstehungsweise der progressiven Muskeldystrophie geschlossen; dabei wird nach anderweitigen Untersuchungen als anatomische Grundlage eine primäre Schädigung der in den Seitenhörnern des Rückenmarks befindlichen sympathischen Zellgruppen sowie der zwischen Vorderhorn und Substantia gelatinosa liegenden parasympathischen Zellgruppen angenommen. Das Vorkommen der drei Hauptformen der progressiven Muskelatrophie innerhalb einer Familie wird als hetrophaenische Manifestation dieser genisch verwandten Krankheiten, also als familiäre Variation eines einheitlichen heredo-degenerativen Prozesses aufgefaßt, wie sie auch sonst im Bereich des Zentralnervensystems beobachtet wird.

Das Heft bringt an seiner Spitze eine Begrüßung und Würdigung *O. Veraguths* zu seinem 70. Geburtstag sowie am Schluß einen Bericht über die gemeinsame Sitzung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie zusammen mit der für Neurologie in Lugano am 3. und 4. Juni 1939 mit dem Hauptthema der Gewerbevergiftungen, ferner einen Jahresbericht der Anstaltskommission der Schweizer Gesellschaft für Psychiatrie über das Schweizerische Anstaltswesen im Jahre 1939 mit interessanten Einzelheiten und endlich Nachrufe auf *Harvey Williams Cushing* und *Karl Schaffer*.

H. Roemer, Stuttgart.



Freniatria, Juniheft 1939. Band 63, Heft 2

Beppino Disertori (Trento): Über die Biologie der Hysterie. Psychogene Verdopplung der Persönlichkeit, psychologischer Automatismus und diencephalische Störungen.

Klinisch-experimentelle Untersuchungen an einem außergewöhnlichen Fall führen den Verf. zu unerwarteten Einsichten in das Problem des hysterischen Mechanismus. Der Kranke bot einen extrapyramidalen postencephalitischen Symptomenkomplex mit hypothalamisch bedingten neurovegetativen Störungen. Außerdem lagen psychogene somnambule Anfälle mit Bewußtseins- und Persönlichkeitsspaltung sowie hysterische Mentalität vor. Das biologische Substrat dieser Mentalität sieht Verf. nach seinen Untersuchungen in der Zwischenhirnschädigung. Hysterischer Mechanismus und geistige Dissoziierung sind nach seiner Auffassung an eine angeborene oder erworbene Übererregbarkeit der die Hirnrinde hemmenden hypothalamischen Gebilde gebunden. Eine Bestätigung seiner Theorie sieht Verf. in der Tatsache, daß nach einer tiefen Röntgenbestrahlung der hypothalamischen Formationen die Symptome der Persönlichkeitsspaltung ausblieben und daß sich auch die pathologische Hypersensibilität der diencephalischen Zentren gegen Einspritzungen von Hypophysenhormon nicht mehr zeigte.

Giovanni Fattovich (Psychiatrische Provinzialanstalt von Venedig): Pathologisch-anatomischer Beitrag zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Epilepsie und Herzleiden.

Beziehungen zwischen Epilepsie und Herzleiden wurden schon von zahlreichen Autoren festgestellt, sei es, daß Herzstörungen angiospastischer Natur als Ursachen aller epileptischen Anfälle oder nur für eine bestimmte Epilepsiegruppe angenommen wurden, sei es, daß an eine gemeinsame übergeordnete Ursache für angiospastische Phänomene und Anfälle im Sinne einer gestörten vasomotorischen Regulierung gedacht wurde. Verf. hat bei 171 Epileptikern pathologisch-anatomische Untersuchungen vorgenommen und dabei zwar die verschiedenartigsten Herzveränderungen festgestellt, aber nicht mit einer größeren Häufigkeit, als sie auch sonst bei derartigen Untersuchungen gefunden werden. Das Alter der untersuchten Fälle ist nicht angegeben. Das Vorliegen kausaler Beziehungen zwischen Herzstörungen und epileptischen Anfällen wird demgemäß als nicht wahrscheinlich bezeichnet.

Antonio Mazza (Psychiatrische Anstalt von St. Lazzaro-Reggio Emilia): Die Farbreaktion von Ide in der Diagnose der Syphilis.

Die 1936 von den Japanern *Sobei* und *Tomao Ide* veröffentlichte und von ihnen an 2530 Personen ausgeprobte Reaktion zur Syphilisdiagnose gehört zum Typus der spezifischen Ausflockungsreaktionen und wird durch Zusatz von Kristallviolett und Blau sichtbar gemacht. Die vom Verf. vorgenommene Nachprüfung der Reaktion bestätigte, trotz etwas geringerer Sensibilität gegenüber der Wassermannschen Reaktion, die hohe Brauchbarkeit der Reaktion von *Ide*, die nur einen Tropfen frischen oder getrockneten Blutes erfordert und sich einfach und leicht durchführen sowie unmittelbar ablesen läßt.

Mario Baraldi (Psychiatrisches Institut von St. Lazzaro-Reggio Emilia): Die Bestimmung des Vitamin C im Organismus der Geisteskranken mit der Methode von Rotter.

Die 1937 von *Rotter* vorgeschlagene und technisch sehr einfache Methode zur Bestimmung der Ascorbinsäure im lebenden Organismus wurde an 84 Geisteskranken nachgeprüft, die zum größern Teil eine vitaminreiche Nahrung

hatten, während ein Viertel der Fälle vitaminarm genährt war. Die Resultate waren trotzdem fast durchweg gleichartig, woraus Verf. auf eine geringe Spezifität der Methode schließt.

Giuseppe Zonta (Psychiatrisches Institut von St. Lazzaro-Reggio Emilia): Die Bewegungsstörungen des Auges bei der chronischen epidemischen Encephalitis.

Die Untersuchung von 41 Fällen epidemisch-chronischer Encephalitis bestätigte das häufige Vorkommen von Augenstörungen sowohl bei postencephalitischen Psychosen ohne Parkinsonismus (17 Fälle) und noch häufiger und ausgesprochener beim Parkinsonismus ohne Psychose (24 Fälle). Bei der letztgenannten Gruppe fallen die Störungen überwiegend in das Gebiet der Bradykinesie, während sie bei den Psychosen Reste der im akuten Stadium durchgemachten Schädigungen darstellen.

Aldo Cucchi (Institut für Gerichtliche Medizin und Versicherungswesen der Universität Bologna): Wirkung des Meskalins auf das psychologische Profil.

Bei den 6 Versuchspersonen, welche je 30 ctg. Meskalin erhielten, ließen sich in 4 Fällen Euphorie, Erleichterung der Rede und der Merkfähigkeit bei Herabsetzung der Aufmerksamkeit beobachten. Im 5. Fall, der wegen körperlicher Intoleranz gegen das Mittel nur 24 ctg. erhielt, trat statt der Euphorie depressive Stimmung sowie leichte Verlangsamung der geistigen Tätigkeit ein. Im 6. Fall zeigte sich ein Zustand von Depersonalisation. Eine Anwendung der Droge im Gerichtswesen, zwecks „Erleichterung" von Geständnissen, wird vom Verf. abgelehnt.

Carlo Terron und Silvia Malesani (Psychiatrische Provinzialanstalt von Verona): Glykämie, Reaktion von Takata-Ara und Reaktion von Weltmann bei der Insulinbehandlung.

Als Beitrag zur Aufklärung des Wirkungsmechanismus der Insulinbehandlung wurden das Glykämieverhalten sowie die Reaktionen von Takata-Ara und von Weltmann während der Insulinbehandlung untersucht. Die Ergebnisse hinsichtlich der Glykämie stimmen mit den bisher geltenden Annahmen über die Beziehungen zwischen Insulin und dem Verhalten der Kohlehydrate im Blut überein. Die Reaktionen von Weltmann und von Takata-Ara verändern sich beide unter dem Einfluß der Insulinkur. Weitere Folgerungen aus dieser Tatsache hängen von der Beantwortung der Fragen ab, ob diese Reaktionen tatsächlich Ausdruck der Leberfunktion sind und ob die Leberfunktion wirklich einen wichtigen pathogenetischen Faktor der Schizophrenie darstellt.

Giuseppe Ganfini (Psychiatrisches Hospital von Genua-Quarto): Einige Erfahrungen an Fröschen mit dem Hirnstimulans von Popa.

Popa hat im Cerebrospinalliquor das Vorliegen einer von der Hypophyse hervorgebrachten hirnerregenden Substanz angenommen, die er Cerebro-Stimulans nannte; Einspritzung vom Liquor eines Tieres in den 3. Ventrikel eines andern Tieres soll epileptoide Anfälle hervorrufen. Nur noch mit Kaliumchlorid sollen ähnliche Anfälle zu erhalten sein. Während einige Autoren (*Leriche* und *Jung*) die Ergebnisse von *Popa* bestätigen konnten, hat Verf. durch eigne Versuche an Fröschen festgestellt, daß außer Liquor und Kaliumchlorid auch noch einige andre Kaliumsalze, ferner Ammonium- und Natriumsalze Anfälle hervorrufen und zwar auch dann, wenn sie nicht direkt in den 3. Ventrikel eingeführt werden.

Kurs zur Pflege der Psychotechnik der Arbeit.

An der Kathol. Universität des Sacro Cuore wurde der 2. Kurs zur Pflege der Psychotechnik der Arbeit abgehalten. In 20 Vorträgen wurde u. a. gesprochen über „Psychotechnik und Psychologie in ihren direkten Beziehungen zu den Problemen der Arbeit und des sozialen Lebens", ferner über „Erziehung und Übung der Arbeitshaltung, Berufsorientierung und Berufswahl der körperlich und geistig Minderwertigen, das Arbeitsmilieu und seine körperlichen und geistigen Auswirkungen auf den Arbeiter, die italienische Arbeitsgesetzgebung, die Anwendung der Psychotechnik auf Schule, Heeresdienst" usw. Es sprachen die Professoren *Corberi*, *Ponzo*, *Banissoni*, *Venturi*, *Talenti*, *Ferrari*, *Massarotti*, *Filippini*.

A. Bertolani berichtet über „Neue Forschungen über die Sclerodermie".

Die letzten Beiträge kommen von 3 rumänischen Autoren: Marinesco, Vasilesco und Bruch, 1939, die an der Hand von 5 Fällen sich für die infektiöse Entstehungstheorie der Sclerodermie entscheiden und im sclerodermischen Prozeß nur einen besondern Reaktionstypus auf die tuberkulöse Infektion sehen. *Liguori-Hohenauer* (Karlsruhe).

Kleine Mitteilungen

Ehevermittlung für Unfruchtbargemachte

Der Reichsminister des Innern weist in seinem Runderlaß vom 23. Januar 1941 die Gesundheitsämter erneut darauf hin, daß Ihnen auch die Aufgabe obliege, bei der Ehevermittlung für Unfruchtbargemachte einzugreifen. Die Vermittlung kann sich ebenfalls auf Ehen mit solchen Personen beziehen, die sowieso unfruchtbar sind oder auf deren Nachwuchs die Volksgemeinschaft verzichten kann, sofern diese überhaupt zur Führung einer geordneten Ehe im Stande sind.

Da es oftmals Schwierigkeiten bereitet, innerhalb des Bezirkes eines Gesundheitsamtes passende Ehepartner zu finden, hat sich bereits an einzelnen Orten eine überörtliche Ehevermittlung herausgebildet. Um die trotzdem noch bestehenden Schwierigkeiten zu beheben, hat der Reichsminister des Innern den Oberbürgermeister von Berlin veranlaßt, eine in Berlin bereits bestehende Vermittlungsstelle für Personen, denen nach dem Ehegesundheitsgesetz das Ehetauglichkeitszeugnis versagt werden mußte, zu einer Reichsstelle auszubauen. Diese, sowie die bereits in Dresden bestehende Vermittlungsstelle des Rassenpolitischen Amtes werden durch Gewährung von Geldmitteln in die Lage versetzt, als Zentralvermittlungsstellen für das ganze Reich aufzutreten. Sie haben folgende Anschrift:

1. Reichsstelle für Eheberatung und Ehevermittlung beim Hauptgesundheitsamt der Stadt Berlin, Abteilung V, Berlin C. Spandauer Str. 17.
2. Ehevermittlungsstelle bei der Gauleitung Sachsen der NSDAP., Rassenpolitisches Amt, Dresden-A., Bürgerwiese 24.

Sofern nicht bereits bestehende örtliche Vermittlungsstellen in Anspruch genommen werden können, sollen die Gesundheitsämter alle ihnen bekannt werdenden heiratswilligen Unfruchtbargemachten sowie sonstige in Frage kommenden Personen, die keinen Nachwuchs bekommen können, oder deren Nachwuchs unerwünscht ist, unmittelbar an eine der genannten Stellen verweisen oder sie ihnen selbst melden. Dabei ist jedoch darauf zu achten, daß für Personen, die zu einer Ehe offensichtlich ungeeignet sind, keine Vermittlung erfolgen darf. (Dtsch. Ärztebl., 71. Jhrg., Nr. 6, S. 68f., vom. 8. 2. 1941.)

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND IHRE GRENZGEBIETE

GEGRÜNDET 1844 VON DAMEROW, FLEMMING UND ROLLER

OFFIZIELLES ORGAN DER GESELLSCHAFT DEUTSCHER NEUROLOGEN UND PSYCHIATER (PSYCHIATRISCHE ABTEILUNG) MIT BEILAGE »ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE«

herausgegeben von

HANS ROEMER

STUTTGART

Hundertachtzehnter Band - Heft 3/4

Ausgegeben am 9. August 1941



BERLIN 1941

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

Inhalt



Professor Dr. G. Specht
25. 12. 1860—27. 10. 1940

Gustav Specht

Geboren am 25. 12. 1860 in Schweinfurt
Gestorben am 27. 10. 1940 in Erlangen

Als *Gustav Specht* am 1. Oktober 1928 den 25. Jahrestag der Gründung einer psychiatrischen Klinik in Erlangen beging, schrieb ich ihm die folgenden Sätze, in denen er, wie ich weiß, sein Wesen und Wirken richtig erfaßt fühlte; deshalb seien sie hier wiederholt:

„Sie haben vor 25 Jahren der Psychiatrie eine neue Klinik geschaffen und dies unter besonders schwierigen und eigenartigen Verhältnissen. Sie haben diese Klinik Schritt für Schritt in zäher unermüdlicher Arbeit, im Kampf mit vielen Widerständen ausgebaut und ließen sich durch keine Enttäuschung entmutigen. Sie standen schon einmal unmittelbar vor der Reife Ihrer Pläne, als der Krieg die Schaffung einer vollkommen selbständigen Klinik verhinderte. Sie haben trotzdem weitergewirkt und Verbesserungen erreicht... Wir wissen aber sehr genau, daß äußerer Erfolg und äußerer Schein Ihnen nicht das Wichtigste sind und daß die Taten, auf die Sie heute freudig und stolz zurückblicken dürfen, auf anderem Felde liegen. Sie haben Semester für Semester den jungen Medizinern die Grundzüge unseres psychiatrischen Wissens und Könnens gelehrt und Sie haben ihnen die beste Klinik gehalten, die man in Deutschland hören konnte. Ich darf das wohl aussprechen; denn als ich zu Ihnen kam, hatte ich bei Meistern unseres Faches gelernt und hatte doch keine so klare, so faßliche, in ihrem systematischen Aufbau so belehrende klinische Vorlesung gehört. Ich habe mir damals Ihre Vorlesungen zum Beispiel genommen, und wenn ich selbst später als klinischer Lehrer erfolgreich gewesen bin, so danke ich das Ihnen zu einem erheblichen Teil. Ihre Art, wissenschaftlich zu arbeiten, war und ist so ganz anders, wie die übliche und gewiß nicht weniger fruchtbar. Sie haben keine Lehr- und Handbücher geschrieben, aber sie haben mit einer Menge treffsicherer und feinster Beobachtungen dank Ihrem einzigartigen Einfühlungsvermögen in seelisches Geschehen und krankhafte Vorgänge unsere Kenntnisse bereichert. Um wieviel, das wissen allerdings nur Ihre nächsten Mitarbeiter. Denn Sie haben Ihre Gedanken in der Unterhaltung und im wissenschaftlichen Verkehr ausgestreut und glaub-

ten sich nicht verpflichtet, jeden Einfall drucken zu lassen. Wenn wir es auch manchmal bedauert haben, nicht alles, was wir als Ihre Einsichten kannten, schwarz auf weiß zu besitzen, so möchte es doch sicher keiner Ihrer Schüler anders haben; denn die urlebendige Art, in der ihre Beobachtungen und Gedanken an manchem Vormittag am Konferenztisch erzählend, plaudernd und diskutierend zu Tage kamen, wird keiner missen wollen, der dabei war. So haben Sie uns auch in der freiesten Art, die man sich denken kann, arbeiten, meinen und lehren lassen, und da doch alles gemeinsam besprochen wurde, so konnten Sie sich darauf verlassen, daß nur das Beste diesen kritischen Unterhaltungen standhielt. Sie haben Ihre Gehilfen in deren äußerem Fortkommen unterstützt und gefördert, wo Sie es konnten, und ich weiß, daß Sie dabei keine Mühe und keine Auseinandersetzung gescheut haben."

Nachdem nun dieses Leben, das beinahe 80 Jahre erreichte, vollendet ist, gebührt es sich, im einzelnen die Bedeutung aufzuzeigen, die *Specht* für die wissenschaftliche und praktische Psychiatrie gehabt hat. Früh gefesselt durch das körperlich-seelische Doppelwesen des Menschen, erwarb er nach dem Abschluß seines in Würzburg und München durchgeführten medizinischen Studiums die ersten psychiatrischen und neurologischen Kenntnisse in Berlin bei *C. Westphal.* In seine Heimat zurückgekehrt, wurde er im Jahre 1885 Assistent an der Erlanger Kreisirrenanstalt, die als erste bayerische Anstalt 1845 gegründet unter ihrem Leiter *Hagen* ein hohes ärztliches und wissenschaftliches Ansehen genoß. *Specht* hat der Persönlichkeit *Hagens*, den er erst als einen „Greis im Silberhaar" kennen lernte, dessen hohe Geistigkeit und Güte er bewunderte und den er einen „Charakterkopf von originellstem Schnitt" nannte, eine eindringliche und liebevolle Darstellung gewidmet[1]), und er hat uns in einer besonderen Schrift „Modernpsychiatrisches vom alten Hagen"[2]) erzählt. Man ersieht daraus, wie tief der Einfluß *Hagens* auf den jungen *Specht* gewesen ist, wie verwandt er sich dem Lehrer fühlte und wie manche wesentliche Gedanken seiner späteren Forschertätigkeit aus dem Geiste *Hagens* stammen. Über „Wert und Bedeutung der Psychologie für die Psychiatrie" handelte schon *Hagens* Antrittsvorlesung als a. o. Professor der Psychiatrie im Jahre 1860, und immer wieder hat *Specht* schriftlich und mündlich darauf bestanden, daß psychische Krankheitsbilder primär nur psychisch erfaßt und analysiert werden könnten; das sei unsere ureigenste Aufgabe und werde so bleiben bis an das Ende der Welt. An *Hagens* noch heute lebendige Lehre von den

[1]) Deutsche Irrenärzte, I. Bd., Berlin 1921.
[2]) Festschrift für *J. Rosenthal*, Leipzig, Georg Thieme, 1906.

Sinnestäuschungen und den Wahnideen („fixen Ideen") hat *Specht* später mit eigenen Untersuchungen angeknüpft, und er hat es vor der Vergessenheit geschützt, daß die Begriffe des psychischen Radikals und der Katamnese von *Hagen* stammen. Noch viele Jahre später hat *Specht* einen psycho-physiologischen Gegenstand in seinem Aufsatz über „Schlaf und Traum" behandelt[3]).

Ohne Zweifel hat auf *Spechts* weitere Entwicklung auch *Hagens* Nachfolger *Bumm* beträchtlich eingewirkt. Mit hoher Achtung spricht *Specht* in seinem Nachruf auf *Bumm*[4]) von dessen Seelengröße und imponierender Kraftgestalt. „Wenn er jeder Zoll ein Vorgesetzter auf den Abteilungen erschien, wußte ohnehin jedermann, wen er vor sich hatte." *Bumm* ist ihm Vorbild geworden als Leiter einer Klinik durch seine mit Großzügigkeit und Vornehmheit gepaarte unbeugsame Energie. Auch bildeten *Bumms* aus der Schule *Guddens* hervorgegangenen experimentell-anatomischen Untersuchungen am Nervensystem ein Gegengewicht zu der rein psychologischen Betrachtungsweise *Hagens*.

Spechts erste wissenschaftliche Arbeit aus dem Jahre 1891 ist eine Verteidigung der Psychiatrie gegen die aus Okkultismus, Unwissenheit und Anmaßung gemischten Angriffe des ehemals vielgenannten „Philosophen" Barons Dr. *du Prel* und dessen „Mystik im Irrsinn", die wie *Specht* mit erfrischender Anschaulichkeit sagt, „auf jeder Seite von psychiatrischen Absurditäten überlief"[5]). Es lohnte sich nicht, heute noch an diese Ungereimtheiten zu erinnern, wenn nicht in ihrer Abwehr vollendete wissenschaftliche und praktische Sachkunde, scharfsinnige Überlegenheit, Schneid und Kampfesfreude, Witz und Spott in packender Prägung als glänzende Eigenschaften des jungen Verfassers dieser Streitschrift hervorträten. Wie sehr aber dieser Eifer aus der Liebe zu seinem Fach genährt war, erkennt man aus dem Satze: „daß man den Kulturzustand eines Volkes nach der Höhe, auf der sich seine Irrenheilkunde befindet, bemessen könne".

Diese Schrift hat auf *Specht*, dem akademische Bestrebungen fern lagen, aufmerksam gemacht, und so schien er befähigt, die Psychiatrie in Vorlesungen zu vertreten, als im Jahre 1897 *Bumm* nach München berufen wurde und unter den in Frage kommenden bayerischen Anstaltspsychiatern keiner geeignet und geneigt war, die beiden Aufgaben der Anstaltsleitung und der psychiatrischen Professur zugleich zu übernehmen. Daher wurden die Ämter getrennt, ein praktisch bewährter Fachmann zum Anstaltsdirektor ernannt und dem Oberarzt Dr. *Specht*

---

[3]) Westermannsche Monatshefte 1909.

[4]) Münch. Med. Wchschr. 1903.

[5]) Die Mystik im Irrsinn, Erwiderung an Baron Dr. *Carl Du Prel*, Wiesbaden 1891.

eine außerordentliche Professur übertragen. Eine Reihe von Jahren später, 1903 erreichte er es, daß ihm ein Teil der Anstalt als Klinik zur Verfügung gestellt wurde; zugleich wurde seine Professur in ein Ordinariat umgewandelt.

Alsbald nach dem Beginne seiner Lehrtätigkeit hat *Specht* in einer Reihe wissenschaftlicher Arbeiten den Beweis erbracht, daß er auch die Voraussetzungen eines Forschers in sich trug, und gleich die erste dieser Arbeiten „Über den pathologischen Affekt in der chronischen Paranoia“[1]) hat seinen Namen für immer mit den Fortschritten unserer Wissenschaft verbunden.

Man muß sich erinnern, daß damals, um die Jahrhundertwende, die großzügige Umgestaltung, die die klinische Psychiatrie durch *Kraepelin* erfuhr, sich durchzusetzen begann und *Wernickes* „Grundriß der Psychiatrie“ erschien. Damit wurde auch der Krankheitsbegriff der Paranoia sowohl in seiner klinischen Stellung wie in seinem psychopathologischen Aufbau fragwürdig und die ehemals so häufig gestellte Diagnose der chronischen, akuten oder periodischen Paranoia, deren Überdehnung ich selbst in meinen psychiatrischen Anfängen noch erlebt habe, wurde allmählich selten und unsicher, auch in der dem Paranoiabegriff von *Kraepelin* gegebenen engen, auf die chronischen Formen beschränkten Fassung. *Specht* erhob zunächst Zweifel an ihrem psychopathologischen Aufbau. Ist sie wirklich, wie man bis dahin lehrte, eine primäre Verstandeskrankheit, bei der Stimmung, Gefühle und Affekte nur von dem Inhalt der Vorstellungen abhängig wären? Zur Klärung der Frage unterscheidet *Specht* am Wahn vier Seiten: die Wahnrichtung, die Wahnform, die Wahnfabel, das Wahnmaterial. Das Wahnmaterial wird der gesamten subjektiven Erfahrung entnommen und besagt daher über die Wahnentstehung ebensowenig wie „mit dem Aufzählen der gebräuchlichen Farben ... noch kein Einblick in den Werdegang eines Gemäldes vermittelt“ wird. Auch die Wahnfabel ist für die Wahngenese nebensächlich und die Wahnform hängt nur von der intellektuellen Grundverfassung des Kranken ab und ist insofern bald einfach oder kompliziert, verworren oder systematisiert, schwachsinnig oder vollsinnig, steril oder produktiv. Allein in der Wahnrichtung steckt das psychogenetische Problem des Wahns. Die Wahnrichtung aber erhält ihre Orientierung nach der Stellung, die dem Ich im Wahnurteil zugewiesen ist. Im Mittelpunkt jedes Wahngedankens steht immer und ausnahmslos das Ich, und die von demselben ausgehenden Wahnrichtungen sind ebenso

[6]) Festschrift der Universität Erlangen zur Feier des 80. Geburtstages Sr. königl. Hoheit des Prinzregenten Luitpold von Bayern, Erlangen und Leipzig 1901.

ausnahmslos auf zwei beschränkt, auf Verfolgung und Selbstüberhebung. In Anlehnung an *Hagen* heißt es, daß die einseitig gefälschte Auffassung vom Wohl und Wehe des betreffenden Individuums, in der auch *Neißers* Eigenbeziehung enthalten sei, die Falschmeinung zum Wahn mache. Es gebe aber nur einen Elementarbestandteil unseres Bewußtseins, dessen krankhafte Veränderung diese Wirkung haben könne: das Gefühl, das den eigentlichen Kern unseres Ichbewußtseins bildet und in seinen Grundqualitäten auf Lust und Unlust beschränkt ist. Die „richtige Brutwärme" für die Wahnbildung sei aber weder die reine Depression, noch die reine Exaltation, sondern das Mißtrauen, das von beiden etwas enthalte. Das Mißtrauen ist „jener Affektzustand, der uns im Kampf ums Dasein ... mit der entsprechenden Kampfbereitschaft und Kampftüchtigkeit versieht, der uns Furcht vor drohender Gefahr und Vertrauen in die eigene Kraft vermittelt, der uns Argwohn und Zuversicht in einem gibt." Im Krankheitsbilde der Paranoia neige der Affektzustand je nach seinem Mischungsverhältnis entweder mehr nach der finsteren, unheimlichen, verbissenen Mißtrauensstimmung oder mehr nach der kampfbereiten Exaltation. Im Anschluß an diese psychologische Aufklärung macht *Specht* die Probe auf das Exempel und prüft, ob sich bei der chronischen Paranoia auch tatsächlich das Affektleben als primär gestört erweist. Die Beobachtung zeigt, daß ausnahmslos zuerst eine Stimmungsanomalie auftritt, die oft nur als Steigerung des Temperamentes erscheint und z. B. als Empfindsamkeit, Verletzlichkeit, Emotivität beschrieben wird. Ein quälendes Mißtrauen beherrscht den Kranken, bevor seine Ahnungen irgendeine vorstellbare Form angenommen haben. Auf der Höhe des Leidens aber wird der Paranoiker deshalb gemeingefährlich, weil seine Gefühlsreaktionen sich in abnormen Bahnen bewegen. Es entwickelt sich eine hartnäckige, über Jahre und Jahrzehnte sich erstreckende manchmal unheimliche Stimmungschronizität und Stimmungseinförmigkeit. Doch können episodisch auch Stimmungsschwankungen auftreten, mit denen die Wahnrichtung wechselt. „Da kann man dann sehen, wie der gestern noch so kampfesmutige Verfolgungswahn über Nacht vor einer kleinmütigen Versündigungs- oder Beängstigungsidee die Segel streicht." Auch daß der Wahn sich keiner nachhaltigen Korrektur zugänglich erweist, erklärt sich aus seiner affektiven Herkunft. Ideen im Affekt produziert und unter seiner fortwirkenden Kraft festgehalten, werden zu unkorrigierbaren Überzeugungen.

Die Frage nach der Krankheit, auf die sich diese Beschreibungen und Untersuchungen beziehen, beantwortet *Specht* in zwei weiteren

Arbeiten „Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia"[7] und „Über den sogenannten Querulantenwahnsinn und seine forensische Bedeutung"[8]. Nach Ausschluß der Dementia paranoides — wir würden heute sagen, der paranoiden Formen von Schizophrenie — behaupte die Paranoida bei *Kraepelin* „in geradezu aristokratischer Isoliertheit einen einsamen Platz" und trage auch symptomatologisch „ein wahrhaft vornehmes Exterieur". „Es tut mir förmlich leid, daß ich ihr diesen Rang ernstlich streitig machen muß." Wenn *Kraepelin* im sog. Querulantenwahn das Vorbild der echten Paranoia sieht, so macht *Specht* geltend, daß beim Querulanten eine Stimmungsanomalie offen zu Tage liege, ja mehr als das, „es ist das ganze Inventarium der Manie, das bei diesen Fällen sich feststellen läßt": Rede- und Schreibdrang, allgemeine Ruhelosigkeit und Vielgeschäftigkeit, Schlagfertigkeit, leichtflüssiger und abschweifender Gedankengang. Der Querulantenwahn verdiene darum nicht den klinischen Namen Querulantenparanoia, sondern Querulantenmanie. „Ist aber der Purpur gefallen, muß auch der Herzog nach." Die anderen Paranoiaformen stehen zum Teil der chronischen Manie — der hypomanischen Konstitution im heutigen Sinne — nahe, die pathologischen Reformer auf religiösem, politischem und philosophischem Gebiet mit ihren verrückten Weltverbesserungsplänen und Erfindungen; das megalomanische Wesen stehe bei ihnen dauernd im Vordergrunde. Für diejenige Paranoiavarietät aber, bei der von vornherein der allmählich anwachsende Verfolgungswahn vorherrsche, sei die Wirkung der melancholischen Komponente von ausschlaggebender Bedeutung. Zwar seien es nicht reine Melancholien, sondern Mischzustände mit vorwiegend depressiver Stimmungsfärbung. Der manische Einschlag hebe aber das Selbstgefühl und wirke als treibendes Element bei der Wahnbildung. Man könne dies auch bei unbestreitbaren manisch-melancholischen Erkrankungen beobachten, wenn beim Übergang einer melancholischen in eine manische Phase oder umgekehrt sich die Symptome teilweise überschneiden und „aus dem beiderseitigen innigen Zusammenwirken paranoiagleiche Resultate von kürzerer oder längerer Dauer sich ergeben". Auch bei der chronischen Manie nehme der habituelle Grundaffekt nicht selten in periodischer Wiederkehr und völlig endogen einen morosen, zornmütigen oder mißtrauischen Charakter an und deute damit das zeitweilig erscheinende melancholische Kehrbild an, woraus eine Verstärkung der Händelsucht und eine Verdichtung der Verfolgungsideen folge. Die Paranoia ist demnach für

---

[7]) Centralbl. Nervhlk. u. Psychiat., 31. Jahrg. 1908, Neue Folge, 19. Band.
[8]) Z. f. Rechtspflege in Bayern 8, Nr. 14 u. 15 (1912).

Specht eine besondere Erscheinungsform, ein Mischbild des manisch-melancholischen Irreseins, wofür auch die Erblichkeit mit dem Nachweise manisch-melancholischer Erkrankungen in Sippen von Paranoikern und Querulanten ins Feld geführt wird. Heilungen, Besserungen und lange Remissionen machen die Anerkennung einer akuten und periodischen Paranoia unabweisbar, die im Gegensatz zu *Kraepelin* nichts Befremdliches oder gar Unannehmbares an sich habe. Dem Einwande, daß im Querulantenwahnsinn die Wahnidee der rechtlichen Benachteiligung das Unheil anrichte, hält *Specht* entgegen, daß der echte Querulant nur deshalb zum pathologischen Prozeßkrämer werde, weil er das ganze Rüstzeug der Manie mit herumtrage. Diese Geistesverfassung erkläre erst die außergewöhnliche Reaktion der ganzen Persönlichkeit auf diese Idee. *Wernickes* Lehre von der überwertigen Idee und dem affektvollen Erlebnis als Quelle paranoischer Reaktionen klingt hier an. In der späteren, ausschließlich dem Querulantenwahn gewidmeten Arbeit gibt *Specht* auch zu, daß es noch eine andere Gruppe von Querulanten gebe, „psychopathisch Degenerierte, die infolge einer abnormen Affektkonstitution über mißliche Erlebnisse, wie gerichtliche Mißerfolge, nicht hinwegkommen können" und zur Ausbildung überwertiger und einseitiger Ideen neigen. *Specht* möchte es aber dahingestellt sein lassen, ob nicht auch bei dieser Spielart von Querulanten eine Art manischer Geistesverfassung in Bereitschaft liege und dann durch ein affektvolles Erlebnis geweckt werde.

Spechts Paranoiaarbeiten hängen aufs engste zusammen mit dem manisch-depressiven Irresein, und wir werden nicht fehlgehen, wenn wir annehmen, daß seine Beschäftigung mit der chronischen Manie eine der Voraussetzungen für ihn bildete, die paranoischen Erkrankungen in das manisch-depressive Irresein einzubeziehen. In seiner Arbeit „Chronische Manie und Paranoia"[9]) bemüht sich *Specht* noch, beide Krankheiten voneinander abzugrenzen, bemerkt aber schon, wie eng beide sich berühren und wie oft chronisch-manische Zustände als Paranoia verkannt werden. Erst später kommt er zu der Überzeugung, daß eine Grenze überhaupt nicht gezogen werden kann, so daß es die chronische Manie ist, durch deren Vermittlung die Paranoia für *Specht* in das manisch-depressive Irresein eingeht. Mindestens ebenso wertvoll ist aber die Vertiefung und Verfeinerung des Krankheitsbildes der chronischen Manie an sich, die wir *Specht* verdanken. Die Lehre von den manisch-depressiven Erkrankungen wird hier an einer wichtigen Stelle weiter ausgebaut, indem die chronische Manie als ein konstitutioneller psychopathischer Zustand erkannt

---

[9]) Centralbl. Nervhlk. u. Psychiat. 28. Jahrg., 1905.

wird, wenn sie auch den abgegrenzten phasischen Verlaufsformen der Gemütskrankheiten darin verwandt bleibt, daß ihre Entstehung mit der Ausreifung der Persönlichkeit zusammenfällt, eine Verschlimmerung der Gesamterscheinungen bis zur sozialen Unerträglichkeit erst später auf der Höhe des Lebens sich ausprägt und mit dem Eintritt des Alters „das Bild allmählich nachzudunkeln und an pathologischer Vollsaftigkeit einzubüßen" pflegt. Insofern steht die Krankheitsform den von *Specht* unterschiedenen „gestreckten Verläufen" des manisch-depressiven Irreseins nahe. Von nicht geringerer praktischer Bedeutung ist der Hinweis, daß gewisse Marktschreier und Spaßmacher unter dem fahrenden Volk, aber auch ernstere Köpfe wie manche Sektierer und Chauvinisten zu den chronisch Manischen gehören und daß dieser Zustand zuweilen vom Alkoholismus verdeckt wird. *Spechts* Schüler *Stöcker* hat die manischen Trinker später anschaulich geschildert. Was die chronische Manie kennzeichnet, ist aber nach *Specht* nicht nur ihre Chronizität mit einer weniger intensiven Ausprägung der manischen Kardinalsymptome, sondern auch ihre Zornmütigkeit und chronische Gereiztheit, woraus pathologische Feindschaften und schließlich Wahnbildungen erwachsen, so daß im Verein mit dem phraseologischen Schwulst, den stilistischen Bizarrerien und dem Schimpflexikon, über das diese Kranken verfügen, die Täuschung im Sinne der Paranoia voll werden könne. Wenn *Specht* schließlich eine Grenze zwischen chronischer Manie und Paranoia überhaupt nicht mehr zu sehen vermochte, so will dies nicht bedeuten, daß er nicht Fälle unterschied, bei denen die manischen Züge im Vordergrunde standen und der Wahn, wie er einmal sagte, „dauernd am Gängelband der pathologischen Stimmung hängen" blieb, von anderen,, deren verdrossene und finstere Gereiztheit einen stärkeren depressiven Einschlag verriet und eine im engeren Sinne paranoische Färbung bewirkte. Wenn man diese und andere vielfältige und näher oder ferner miteinander verwandte Spielarten konstitutioneller und phasischer Regelwidrigkeiten sämtlich mit *Specht* in das manisch-depressive Irresein aufnimmt, so werden dessen Grenzen allerdings sehr gedehnt, und man fühlt sich, wie es mir[10]) in meinen Erlanger Jahren geschah, vor die Frage gestellt, ob diese Grenzen damit nicht schon gesprengt sind und an die Stelle dieses Krankheitsbegriffes ein lockerer Verband von teils lebenslänglich dauernden (konstitutionellen), teils phasisch begrenzten, autochthon kommenden und gehenden, vielfach sich periodisch wiederholenden und zyklisch sich ablösenden Krankheitsformen zu treten habe, in deren Mittelpunkt die im engeren Sinne

[10]) Die Streitfrage der akuten Paranoia. Ein Beitrag zur Kritik des manisch-depressiven Irresein. Z. Neur. Bd. 5, 1911.

manisch-melancholischen Gemütskrankheiten stehen, für die diese von *Specht* bevorzugte Benennung besonders treffend wäre.

Noch eine andere Spielart manisch-melancholischer Erkrankung hat *Specht* feinsinnig herausgeschält, aber leider nur in einem Vortrage darüber berichtet, die „stille Manie" wie er sie nannte, eine leichtere manische Erregtheit, die äußerlich kaum in Erscheinung tritt, der alles unruhige Gebahren abgeht und die sich fast ganz auf gedankenliche Angeregtheit beschränkt.

Den depressiven Formen sind *Spechts* Untersuchungen über die Hysteromelancholie[11]), den „Angstaffekt im manisch-depressiven Irresein"[12]) und die „Struktur und klinische Stellung der Melancholia agitata"[13]) gewidmet. Auch die Arbeit über Hysteromelancholie steht, wie *Spechts* erste Paranoiaarbeit, noch auf der Grenze zweier psychiatrischer Welten, der Zeit vor und nach *Kraepelin* und *Wernicke*. Die Fragestellung: „Kommt eine Melancholie bei Hysterie vor?" scheint uns heute kaum verständlich. Aber die scharfe Trennung von Zustandsbild und Krankheitsart, die der heutigen Psychiatrie erst aus dem Zusammenwachsen der Geistesarbeit der beiden großen Gegenspieler zugeflossen ist, stand damals noch aus. So würde die Frage in der Sprache von heute lauten: „Gibt es Depressionszustände von reaktiver Entstehung, die in Zustandsbild und phasischem Verlauf den melancholischen Formen der zirkulären Erkrankungen weitgehend ähneln?" *Specht* bejaht diese Frage und geht damit manchen späteren Bearbeitungen, z. B. von *J. Lange* voran, auch indem er erkennt, daß nicht jeder beliebige seelische Schock, sondern nur chronische Sorge und Beängstigungen es sind, die diese besondere depressive Reaktion bewirken können.

Die beiden anderen Arbeiten über depressive Erkrankungen waren durch *Wernickes* 1900 beschriebene Angstpsychose angeregt und laufen in ähnlichen Geleisen wie *Spechts* Kritik der Paranoia. Auch hier die Frage: „Ist das Krankheitsbild der Angstpsychose etwas Neues und Anderes gegenüber den bekannten Erscheinungsformen der Gemütskrankheiten, und wie läßt es sich gegebenenfalls als manisch-depressive Krankheitsform symptomatologisch deuten?" Hier wie dort lautet die Antwort ähnlich: Die Angstpsychose ist nur eine Sonderform von Depression und als solche ein manisch-depressiver Mischzustand. Daß die Angstpsychose entsprechend ihrem depressiven Grundzug, ihrem endogenen (richtiger autochthonen) und öfter periodischen

---

[11]) Centralbl. Nervhlk. u. Psychiat., Nr. 217, 29. Jahrg., 1906.

[12]) Centralbl. Nervhlk. u. Psychiat., Nr. 241, 30. Jahrg., 1907.

[13]) Centralbl. Nervhlk. u. Psychiat., 31. Jahrg., 1908, Neue Folge, 19. Band.



Kommen und Gehen der traurigen Depression (Melancholie) sehr nahesteht und mit ihr durch angstmelancholische Mischbilder verbunden ist, hat *Specht* überzeugend dargetan, und *Wernicke* selbst hatte schon darauf hingewiesen, daß „eine besondere Form der Angstpsychose" mit der altbekannten sog. Melancholia agitata zusammenfalle. Wir würden das heute so ausdrücken, daß das Angstsyndrom als ein Zustandsbild (Phase) zirkulärer Erkrankungen auftreten könne und durch seltenere Übergangsbilder mit dem Trauersyndrom (Melancholie i. e. S.) verbunden sei; außerdem aber trete das Angstsyndrom — worauf *Specht* nicht eingeht, *Wernicke* aber großen Wert legt — auch bei anderen Erkrankungen (Epilepsie, Alkoholismus, Paralyse, Erkrankungen des Rückbildungs- und Greisenalters, symptomatische Psychosen) auf. Auch *Spechts* Deutung der Angstpsychose als manisch-depressiver Mischzustand, in dem die Angst als depressives Symptom, die Unruhe, der Rededrang, die mitunter bis zur Ideenflucht gehende gesteigerte Produktion von Angstvorstellungen als manische Zeichen gewertet werden, klingt verlockend, bleibt aber dem Einwand ausgesetzt, daß Angst nicht gleich Trauer ist und daß die Erregung des Ängstlichen in Tun, Reden und Denken trotz mancher Ähnlichkeit und gelegentlicher Überschneidungen doch von anderer Art bleibt als Ideenflucht und manischer Betätigungs- und Mitteilungsdrang. Die Lösung der Frage ist denn auch wie bei den paranoischen Erkrankungen erst auf einer anderen Ebene zu gewinnen, die ich vorhin angedeutet habe, aber als ein Schritt auf dem Wege dorthin behält *Spechts* Versuch seine Bedeutung, und es ist kein Zufall, daß die neue, klärende Bearbeitung der Angstpsychosen von einem Schüler *Spechts*, von *Leonhard* stammt.

Zuletzt hat *Specht* auch nach der somatischen und gehirnpathologischen Fundierung des manisch-melancholischen Irreseins gestrebt[14]). Angeregt von *Reichardts* Untersuchungen über die Beziehungen vegetativ-nervöser und ursprünglich-seelischer Leistungen zum Hirnstamm und geleitet durch die planmäßigen Forschungen seines Freundes *L. R. Müller* über „Lebensnerven und Lebenstriebe" sah er bei den manisch-melancholischen Störungen einen an das Zwischenhirn gebundenen vitalen Faktor beteiligt, der offenbar mit *Ewalds* Biotonus verwandt ist. Als eine gesteigerte Vitalität mache er sich im manischen Krankheitszustande geltend. *Specht* beschreibt den Fall einer tobsüchtigen und verworrenen Manie, deren Kraftverschwendung alles physiologische Maß überschritt und die nach wochenlanger Dauer trotz fast völliger Schlaflosigkeit keine körperlichen oder geistigen

[14]). Allg. Z. Psychiat., 110, 1939.

Erschöpfungserscheinungen von entsprechendem Ausmaß hinterließ. Er erinnert an die chronisch-manischen Trinker, die alt werden, ohne körperlich oder geistig zu verfallen. Er erwähnt das Schicksal eines hypomanischen, bei steigender Erregtheit ins Trinken geratenen geachteten Juristen, der Stellung und Ansehen verliert, aber nach Ablauf der manischen Phase sich dank seiner reichen Gaben über Wasser hält und sein Unglück mutig trägt. „Das manische Erscheinungsbild mit dem sekundären Trinkertum hatte ihn ins Unglück gestürzt, aber die manische Vitalität hat ihn wieder gerettet." An der gesteigerten Vitalität der hypomanischen Querulanten liege es, „daß sie wohl die Gerichte ermüden und ihre Familien erschöpfen, sich selbst aber nicht". Genialen Persönlichkeiten, wie z. B. Napoleon, deren Arbeitskraft und Kraftverschwendung unfaßbar sei, eigne eine spezifisch manische Vitalität. Der Manische besitzt eine erhöhte Widerstandskraft bei körperlichen Erkrankungen und Ernährungsschäden, wofür ernste und scherzhafte Beispiele gebracht werden. Manische Züge und pyknischer Körperbau verhüten dank des ihnen innewohnenden vitalen Faktors den Eintritt schwerer Verblödung bei Epileptikern und Schizophrenen.

Im weiteren Rahmen hat *Specht* die vegetativ-nervösen Störungen bei Geisteskrankheiten und ihre Beziehungen zum Zwischenhirn in einem Kapitel von *L. R. Müller*s „Lebensnerven und Lebenstriebe" dargestellt. Und noch in seinem 78. Lebensjahre begann er mit Unterstützung seiner Frau eine Übersetzung des großen *Tinel*schen Werkes „Le système nerveux vegetatif". So mündete *Specht*s psychopathologischer Arbeitsweg schließlich in den neuro- und gehirnpathologischen. Daß dies nur zwei getrennte Wege zu einem gemeinsamen Ziel sind, wußte er allerdings von jeher, und er konnte dem nicht klarer Ausdruck geben, als daß er mich zu seinem Mitarbeiter erwählt hatte, der ich meinerseits seiner psychopathologischen Betrachtungsweise reichsten Gewinn verdanke.

Trotz offenkundiger Bevorzugung der manisch-depressiven und paranoischen Erkrankungen ist *Specht*s wissenschaftliche Tätigkeit doch auch anderen Teilen unseres Fachgebietes nicht ferngeblieben, und wo er zugriff, machte er einen Fund. So verdankt ihm die von *Bonhoeffer* entwickelte Lehre von dem symptomatischen Psychosen, die er mit offenen Sinnen ergriff, eine wesentliche Ergänzung[15]), indem er unter freimütiger Verwendung von Selbstbeobachtungen zeigte, daß gelegentlich auch depressive Zustände neben den von *Bonhoeffer* selbst schon beschriebenen manischen Erregungen bei symptomatischen Psychosen vorkommen. Nicht minder wichtig ist der

[15]) Zur Frage der exogenen Schädigungstypen Z. Neur., 19, 1913.

Nachweis, daß die Quantität bzw. Intensität der Hirnschädigung einen wesentlichen Einfluß darauf hat, ob diese leichteren oder andere schwerere Zustandsbilder auftreten. Meine eigenen Unterscheidungen homonomer, heteronomer und intermediärer Syndrome bei symptomatischen und anderen Psychosen sind durch diese *Specht*sche Arbeit Arbeit angeregt worden.

Eine wertvolle damals noch kaum bekannte Beobachtung bei Entschädigungsneurosen hat *Specht* leider nur in einem Vortrage mitgeteilt: Die Verdrängung oder Verschweigung von unfallunabhängigen körperlichen oder seelischen Krankheitsgründen zugunsten unfallbezogener Beschwerden, wodurch die Zusammenhänge verschleiert werden und die Gefahr entsteht, daß entweder Krankheitserscheinungen anderer Herkunft irrtümlich mit dem Unfall in Verbindung gebracht und entschädigt werden, oder daß man einen Krankheitszustand überhaupt leugnet, wo nur der Zusammenhang eines tatsächlichen Leidens mit dem Unfall abzulehnen gewesen wäre.

Die Erbbiologie hat *Specht* früh gefördert, indem er *Medow*[16]) zu seinen Untersuchungen anregte, in denen u. a. schizoide Persönlichkeiten zum ersten Male genau und anschaulich geschildert sind.

In seherischer Voraussicht hielt *Specht*, der im Hochschuljahre 1913/14 zum Prorektor erwählt und berufen war, seine Rektoratsrede[17]) über „Krieg und Geistesstörung". Ein Jahr später standen die Ärzte und Pfleger seiner Klinik zum großen Teil im Felde, und er selbst betreute als beratender Psychiater ein Reservelazarett im Kollegienhaus. Ich aber hatte mit anderem Rüstzeug auch diese Rektoratsrede mit hinausgenommen, die mir besonders in den von *Specht* ausführlich gewürdigten Beobachtungen *Awtokratows* aus dem russisch-japanischen Kriege manchen wertvollen Hinweis auf die zu erwartenden psychisch-nervösen Störungen nach Hirnverletzungen, Erschöpfungen und Emotionen gab.

In der Erinnerung an den bewegten Abschied vom 3. August 1914 schrieb mir *Specht* ein Jahr später und öffnete seine Seele weiter, als er sonst zu tun pflegte: „Auch ich habe in den hinter uns liegenden Monaten die Sehnsucht, von Zeit zu Zeit mich aus der Medizin und aus dem Drang der Weltereignisse in ein anderes Gefilde zu flüchten, nicht ungestillt gelassen; mehr wie seit Jahren saß ich am Klavier. Die „Alten" haben es mir angetan: Haydn, Mozart und er der Herrlichste von allen — Beethoven. Wie ist es nur möglich, daß dieser Halbgott, aber doch auch ein Mensch von Fleisch und Bein bei der

[16]) Zur Erblichkeitsfrage in der Psychiatrie, Z. Neur., 26, 1914.

[17]) Rede beim Antritt des Prorektorates d. Königl. Bayerischen Friedrich-Alexanders-Univ. Erlangen, 1913.

Fülle seiner Schöpfungen nie auch nur einen Augenblick trivial werden konnte. Man schlägt ohne Suchen eine beliebige Seite auf, fängt mitten in einem Satz an und schon fühlt das Herz jeden Nachklang froh und trüber Zeit, ist alles Niedrige und Widrige verflogen. Und noch ein Anderes haben wir insgesamt neu erlebt — die Natur. Nie zuvor wußten wir uns so eins mit dem Naturleben wie in diesem Frühling und Sommer. Wie wenn wir in ein neues Land versetzt worden wären, so fühlten wir uns auf unseren Spaziergängen und Ausflügen. Nie zuvor schien uns unsere fränkische Landschaft so entzückend, so lieblich und duftig." Nach dem Zusammenbruch aber schrieb er am 25. 12. 1918: „Ich habe mich ab gestern ganz in meine Häuslichkeit eingekapselt und weise alle Zeitungen zurück, um endlich wieder einmal einen beruhigenden Weihnachtsfrieden zu erleben. Es ist mir gegelungen. Großmutter, wir Eltern und die lustigen, gesunden Kinder sind auf den gleichen harmonischen Ton gestimmt, wir spielen, lesen und musizieren... Da will ich denn auch in diesen Zeilen nicht aufwühlen, was sonst den Einzelnen und die Gesamtheit mit kaum mehr erträglichem Jammer erfüllt. Nur aushalten und den Kopf nicht verlieren, wenn's auch manchmal so aussieht, als müßte man verrückt werden. Es stand schon noch viel schlimmer um Deutschland und ist doch wieder hochgekommen..."

Kehren wir noch einmal zu *Spechts* wissenschaftlicher und ärztlicher Tätigkeit zurück, so darf nicht vergessen werden, daß *Specht* die „Allgemeine Behandlung der Geisteskrankheiten" in den verschiedenen, seit 1910 erschienenen Auflagen von *Penzoldt-Stintzings* „Handbuch der gesamten Therapie" mustergültig bearbeitet hat. Den praktischen Aufgaben unseres Faches war er überhaupt ständig zugewandt, zu der ehemals vielumstrittenen Familienpflege der Geisteskranken hat er in einem kritischen Referat[18]) Stellung genommen, *Kihns* Beiträge zur Paralysebehandlung hat er lebhaft gefördert, besonders aber lag ihm die gerichtliche und soziale Psychiatrie am Herzen, so daß er eine Wochenstunde der von ihm abgehaltenen psychiatrischen Klinik der gerichtlichen Psychiatrie widmete und sie später mir und meinen Nachfolgern in der Dozentur überließ. Auch eine weitere Vorlesung über soziale und gerichtliche Bedeutung der Geistesstörungen für Hörer aller Fakultäten und ein gerichtlich-psychiatrisches Praktikum wurden auf seine Veranlassung abgehalten. Er übte eine ausgedehnte und sehr geschätzte gerichtliche Gutachtertätigkeit aus und hielt zahlreiche Vorträge in der von ihm mitbegründeten juristisch-psychologischen Gesellschaft, sowie in der auch von ihm ins

[18]) Über die familiäre Verpflegung der Geisteskranken in Bayern, Z. Neur., 19, 1913.



Leben gerufenen mittelfränkischen Vereinigung für Psychiatrie und Neurologie, in der besonders die Zusammenarbeit mit den Nürnberg-Fürther Nervenärzten und mit der psychiatrisch-neurologischen Abteilung des Nürnberger Krankenhauses gepflegt wurde. Hier traten dann seine Warmherzigkeit und Geselligkeit, die Freundschaft, die ihn mit Vielen verband, und die Achtung, die er sich verdient hatte, ins schönste Licht. Mehrere seiner Assistenten wurden angesehene Nervenärzte, zwei Anstaltsdirektoren — *Klüber* und *Faltlhauser* — sind aus seiner Schule hervorgegangen, und seine drei Oberärzte sah er einen nach dem anderen in Ordinariate einrücken. Er war stolz darauf, in dieser Hinsicht „nie eine Fehldiagnose gemacht zu haben", wie mir die Mitwisserin aller seiner Gedanken, die ihm innig verbundene Lebensgefährtin nach seinem Ableben schrieb.

Sein 70. Geburtstag am 1. Weihnachtstage 1930 bewies ihm in einer Festschrift die Dankbarkeit seiner Schüler, Mitarbeiter und Freunde und die Fruchtbarkeit seines Forschens und Wirkens.

Bis zum 75. Lebensjahre leitete er die Klinik, übte sein Lehramt aus und nahm an allen Angelegenheiten der Universität und der Fakultät, die er mehrfach als Dekan geleitet hatte, tätigen und, wenn es not tat, kämpferischen Anteil. Auch später führte er „durchaus kein präsenil-seniles Dämmerdasein". Er begriff nicht, wie einer fragen könne, was man als Emeritus eigentlich anfangen sollte. „Mir ist der Tag oft noch viel zu kurz."

Vom ersten Anfall seines Herzleidens, der ihn um die Jahreswende 1938/39 traf, erholte er sich gut, und freute sich der ihm innewohnenden gesteigerten Vitalität, die ihn über die körperliche Erkrankung glücklich hinweggeholfen hätte.

Lebenskraft und Charakterstärke befähigten ihn auch, die schwerste Erschütterung seines Daseins zu ertragen und zu überwinden, als er im 76. Lebensjahre den jüngeren seiner beiden prächtigen Söhne hingeben mußte, der bei einer Wehrmachtsübung tötlich verunglückte — ein frühes und noch vereinzeltes Opfer für den Wiederaufstieg des deutschen Volkes.

Specht hatte die Wiedergeburt seines Volkes nicht nur ersehnt, sondern sie durch tätige Mitarbeit im „Verein für das Deutschtum im Auslande" in langen Jahren wirksam gefördert.

Mögen diese Zeilen die dankbare Erinnerung wachhalten an einen kundigen und gütigen Seelenarzt, einen gedankenreichen Forscher, einen vortrefflichen Lehrer, einen treuen Freund und Helfer und an einen vorbildlichen deutschen Mann!

Kleist

Somatische Störungen bei schizophrenen Erkrankungen

Von

Dr. med. **W. Ederle**, Oberarzt

(Aus der Univ.-Klinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten Tübingen.
Direktor: Professor Dr. *Hoffmann*)

(Eingegangen am 6. April 1941)

I.

Allgemeines zum Schizophrenieproblem

Die Zusammenfassung bestimmter psychischer Krankheitsbilder unter dem Namen der „Dementia praecox" nach *Kraepelin* oder unter dem der „Gruppe der Schizophrenie" nach *Bleuler* erfolgte seinerzeit nicht auf Grund der Kenntnis eines für diese geistigen Störungen gemeinsamen spezifischen biologischen Merkmals, sondern nach einem auf klinischer Erfahrung beruhenden Einteilungsprinzip für seelische Krankheiten. Das psychopathologische Bild und die Verlaufstendenz waren die maßgebenden Faktoren unserer von *Kraepelin* begründeten Systematik, wobei aus der Tendenz zur Entwicklung eines charakteristischen Defektzustandes auf die Zusammengehörigkeit klinisch oft recht verschiedener symptomatischer Zustände geschlossen wurde. Der Wert dieser Kriterien als biologische Grundlage einer Systematik darf nicht überschätzt werden. Kritische Psychiater waren sich der Unzulänglichkeit unserer Systematik auch schon immer bewußt. *Bleuler* selbst sprach schon in seiner bekannten Monographie ausdrücklich von der „Gruppe der Schizophrenien" als einer Gruppe von Geistesstörungen, die man in gleicher Weise als einheitliches Krankheitsbild aufzufassen habe wie den (damals geläufigen) Begriff der „Brigthschen Nierenerkrankung", ein Begriff, der übrigens inzwischen seine Auflösung in ihrem Wesen nach durchaus verschiedene Krankheitsbilder erfuhr und nur noch historische Bedeutung hat. Was die Schizophrenie anlangt, so waren die Psychiater bei den immer wieder unternommenen Versuchen einer Aufteilung des schizophrenen

Formenkreises allerdings nicht so erfolgreich wie die Internisten auf dem Gebiete der Brigthschen Nierenerkrankung, wobei es nun aber nicht richtig wäre, in der Vergeblichkeit dieser Bemühungen einen Beweis für die Einheitlichkeit der schizophrenen Krankheitsbilder zu erblicken, eher sind sie ein Beweis für unsere bislang noch unzulänglichen Methoden. Das Dogma der „Spezifität" psychopathologischer Symptome gilt freilich nicht mehr so unerschütterlich wie zu der Zeit als *Bleuler* in seinen klassischen Arbeiten das psychopathologische Grundsyndrom der schizophrenen Störungen herausarbeitete. *Bumke* faßt eine allgemeine Erfahrung in seinem Lehrbuch dahin zusammen, daß einzelne schizophrene Zustandsbilder bei den meisten organischen Nervenkrankheiten beobachtet werden können und *R. Gaupp*, ein Schüler *Kraepelins*, sagt in seinem Referat auf der Tagung der Ges. D. Neur. u. Psychiat. 1938: ... „Ich habe in den 44 Jahren meiner psychiatrischen Arbeit so viele angeblich ‚spezifische' Symptome kennen gelernt, die nachher doch nicht spezifisch waren" ... Schon frühzeitig und in prägnanter Form äußerte aber auch *Hoche* seine Bedenken in dem bekannten Referat über „die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie".

Die Konzeption über verschiedene dem Gehirn zur Verfügung stehenden Reaktionssyndrome konnte damals von ihm an dem Beispiel der Epilepsie in einer auch heute noch zutreffenden Weise erläutert werden, die Lehre von den exogenen Reaktionstypen im Sinne *Bonhoeffers* kann als eine Bestätigung der These *Hoches* aufgefaßt werden, die Lehre von den endogenen Psychosen dagegen ist von diesen durch die Erfahrungen auf dem Gebiete anderer seelischer Störungen gestützten Anschauungen *Hoches* bis auf wenige Ausnahmen (*Bumke*) kaum beeinflußt worden.

Die meisten Psychiater stehen, wenn von der „unbekannten Grundstörung" der Schizophrenie gesprochen wird, unter der Vorstellung einer für die Krankheit spezifischen Grundstörung, wie es der Mangel eines bestimmten Vitamins etwa für eine Avitaminose ist. Ein konkreter Beweis konnte allerdings für eine solche Anschauung bis jetzt nicht erbracht werden. Und es besteht, soweit allgemeine Schlüsse aus den Forschungsergebnissen der Psychiatrie der letzten Jahrzehnte möglich sind, auch vorerst keine große Aussicht dafür. Gerade weil aber unsere Kenntnisse über das Wesen der Schizophrenie noch so dürftig sind, müssen wir bei allen Fragestellungen von den durch die psychopathologische Symptomatik charakterisierten Krankheitsbildern ausgehen, obwohl wir uns alle bewußt sind, daß dadurch die Diagnostik namentlich bei der Aus-

wahl von Frischerkrankungen heute noch eine unvermeidliche subjektive Note enthält.

Dies läßt sich auch durch eine Begriffsbestimmung der Schizophrenie im Sinne *K. Schneiders* nicht vermeiden. Nach ihm sind bekanntlich unter schizophrenen Psychosen solche Geistesstörungen zu verstehen, die nicht zyklothymer Struktur sind, und bei denen keine der bisher bekannten Grundkrankheiten greifbar ist. Häufig fällt aber gerade die Differentialdiagnose gegen zyklothyme Störungen nicht leicht.

Nun können die Ergebnisse der erbbiologischen Forschung (*Rüdin H. F. Hoffmann*, *Luxenburger* u. a.) als nachträglicher Beweis dafür, daß durch den Schizophreniebegriff eine biologisch einheitliche Krankheitsgruppe zusammengefaßt wurde, betrachtet werden. Inwieweit sich aber die Einheitlichkeit auf alle in Frage kommenden Kausalfaktoren bei dem Zustandekommen einer schizophrenen Erkrankung erstreckt, ist auch durch die Erbbiologie noch nicht entschieden. Es sei nur auf den Umstand hingewiesen, daß nach den Zwillingsuntersuchungen die Manifestation der Anlage bei einem Teil der Anlageträger unterbleibt. Die Anschauung *Hoches* von dem paratliegenden Reaktionssyndrom des Gehirns ließe sich auch auf die im erbbiologischen Sinne „rein endogenen" Schizophrenien übertragen. Man müßte nur annehmen, daß eben das Reaktionssyndrom genetisch angelegt wäre, und daß im übrigen verschiedene Prozesse das Syndrom zur Auslösung bringen können. Die Analogie zur Epilepsie wäre offensichtlich. Wir wissen heute noch nicht, ob diese oder andere denkmöglichen Vorstellungen eine reale Unterlage haben. Diese Gedankengänge sollen nur zeigen, daß die erbbiologische Betrachtung allein zu einseitig ist. Die statistischen Ergebnisse dieser Forschung sind für die Eugenik als Grundlage der Erbprognose von ausschlaggebender Bedeutung und unentbehrlich. Sie ersparen uns aber nicht, immer wieder die Frage nach konkreten Ergebnissen einer pathogenetischen Forschung zu stellen. Man braucht sich nur einmal vorzustellen, wie unzureichend unsere Kenntnisse über die Tuberkulose wären, wenn diese sich lediglich auf die einfachen klinischen Symptome und die erbbiologischen Verhältnisse, die nach den Untersuchungen v. *Verschuer* und *Diehl* ganz ähnlich wie bei der Schizophrenie liegen, sich beschränken würden. In bezug auf die Schizophrenie entspricht aber die heutige Situation einer solchen Betrachtungsweise.

Die klinische Forschung muß versuchen, Methoden und Wege zu finden, den an sich möglichen, aber heute noch hypothetischen Anschauungen eine gesicherte Basis zu verschaffen. Es wird sich

dabei um die schon von *Hoche* aufgeworfenen Probleme handeln, nämlich, ob wir z. B. das schizophrene Syndrom als eine paratliegende Reaktion des Gehirns aufzufassen haben, ob es Ausdruck eines spezifischen Hirnprozesses ist oder ob ihm eine primäre extracerebrale körperliche Störung zugrunde liegt. Auf die Erbbiologie bezogen würde es sich um die Klärung der Frage handeln, an welchem organischen Substrat und unter welchen biologischen Veränderungen sich die genetische Anlage in den krankhaften Prozeß umsetzt.

II. Hirnanatomie und Liquorveränderungen bei der Schizophrenie

Naturgemäß beschäftigten die mit der Schizophrenie in Zusammenhang stehenden Probleme schon immer die psychiatrische Forschung. So erfolgreich die Erbbiologie auf ihrem Gebiete war, so verblieben der klinischen Forschung, wie bereits ausgeführt wurde, noch viele prinzipielle Fragen zur Klärung, und wenn auch für unsere Lehr- und Handbücher die Darstellung der schizophrenen Zustandsbilder nach psychopathologischen Gesichtspunkten maßgebend blieb, so versuchte die Psychiatrie doch immer, auch durch Heranziehung anderer Methoden Fortschritte zu erzielen. Diese führten zwar bis heute nicht zu durchschlagenden Ergebnissen, immerhin konnten einige allgemeine Fragen der Klärung näher gebracht und die Fragestellung allmählich überhaupt präzisiert werden.

Als einer dieser allgemeinen Grundsätze, die sich durchsetzen konnten, darf wohl die Erkenntnis gelten, daß die schizophrenen Geistesstörungen zu den organischen Erkrankungen gehören. Daher lag natürlich nichts näher als durch hirnanatomische Untersuchungen die Grundlage zu einer Klärung der psychischen Symptome zu schaffen. Die Systematik *Kleists* z. B. stützt sich neben der differenzierten Auswertung der psychopathologischen Prägung bestimmter Zustandsbilder zum Teil auf angebliche charakteristische Hirnveränderungen und wagt lokalisatorische Deutungen. Auf die Bedenklichkeit solcher Versuche im Hinblick auf die allgemeinen Erfahrungen der Hirnpathologie wies schon *Hoche* in seinem erwähnten Referat im Jahre 1912 hin. Die für die Schizophrenie als charakteristisch angesehenen hirnanatomischen Befunde wurden aber außerdem in letzter Zeit von *Peters* auf Grund vergleichender Untersuchungen einer durchaus ablehnenden Kritik unterzogen.

Die Devise: „es gibt keine Anatomie der Schizophrenie“ beerrscht augenblicklich das Feld.

Als Ausdruck organischer Erkrankungen des Zentralnervenystems gehören im weiteren Sinne nicht nur die anatomischen 'eränderungen, sondern auch abnorme Liquorbefunde hierher. Es esteht nun allgemeine Übereinstimmung darüber, daß in einem ;ewissen Prozentsatz, der nach den einzelnen Autoren bis zu 50% eträgt, pathologische Liquorveränderungen bei schizophrenen 'sychosen festzustellen sind.

In einer eigenen Untersuchungsreihe, die sich auf 150 schizohrene Liquores bezieht, waren allerdings nur in 23% der Fälle Abveichungen von der Norm einer oder mehreren Komponenten des iblichen quantitativen und qualitativen Liquorbefundes nachzuveisen.

Es fanden sich:

Zellvermehrung	in	9	Fällen	= 6%
Eiweißvermehrung . . .	„	13	„	= 8,5%
Patholog. Kolloidkurven .	„	29	„	= 19,5%.

Am häufigsten fand sich also ein abnormes kolloidales Verhalten, wobei in den meisten Fällen die Zell- und Eiweißwerte noch normal und selten sämtliche Werte pathologisch waren. In Übereinstimmung mit *Pasqualini* und *Bronselli* war festzustellen, daß diese letztere Gruppe vor allem längerdauernde schizophrene Prozesse von über 2jähriger Krankheitsdauer betraf und daß erhöhte Zell- und Eiweißwerte mit oder ohne abnorme Kolloidkurven durchweg bei Schizophrenen mit einer Krankheitsdauer unter 2 Jahren gefunden wurden. Bei der relativ geringen Zahl von pathologischen Liquorbefunden ist eine Verallgemeinerung dieser Beobachtung nicht angezeigt; auf eine bestimmte Tendenz der Liquorveränderungen darf aber wohl daraus geschlossen werden. Im übrigen sind die Liquorbefunde uncharakteristisch, nur mit Vorsicht differentialdiagnostisch verwertbar und nur insofern in einer lockeren Korrelation mit dem psychischen Zustandsbild als katatone Erregungszustände und paranoide Prozesse häufiger als die andern Formen mit pathologischen Liquorbefunden einherzugehen scheinen. Das eigene Material weist ein diesbezügliches Verhältnis von 1,8 : 1 auf. Die prognostische Bedeutung eines abnormen Liquorbefundes für den Verlauf der Schizophrenie ist noch unklar. Meist beanspruchte die differentialdiagnostische Bedeutung der Liquorbefunde das Hauptinteresse. Bei der mangelnden Spezifität eines Liquorbefundes ist diese Fragestellung aber gar nicht begründet.

Die theoretische Bedeutung dieser Befunde wie die der Permeabilitätsstudien liegt darin, daß sie für das Vorhandensein von organischen meningealen oder cerebralen Veränderungen sprechen, auch wenn diese histologisch nicht nachweisbar sind. Natürlich kann man daraus nicht folgern, daß es sich um spezifische Prozesse handelt und bei der quantitativen und qualitativen Geringfügigkeit der Liquorbefunde stehen sie in Einklang mit der Ansicht der Skeptiker unter den Hirnanatomen, die den Schlüssel zum Schizophrenieproblem nicht in den von verschiedener Seite überwerteten hirnanatomischen Prozessen sehen.

Wenn unter Berücksichtigung der Liquorbefunde in der Frage der anatomischen Veränderungen des Z.N.S. auch das letzte Wort noch nicht gesprochen sein dürfte, so bedeutet das derzeitige Fazit der hirnanatomischen Forschung eher einen Hinweis als eine Verneinung der Möglichkeit, die primäre Störung bei der Schizophrenie nicht in einem cerebralen Prozeß zu suchen. Diese Vermutung ist bekanntlich kein Novum unter der stattlichen Reihe der mit mehr oder weniger Entschiedenheit schon vertretenen Hypothesen über die schizophrene Geistesstörung. Immerhin hebt sich diese Problemstellung im Laufe der Entwicklung allmählich schärfer und eindringlicher hervor als früher.

III. Konstitutionstypologische Forschungsergebnisse

In derselben Richtung bewegt sich auch die von *Kretschmer* inaugurierte Konstitutionsforschung. Nach ihr stellt die athletische und leptosome Konstitution einen Prädilektionstyp für die schizophrene Erkrankung dar. Der Nachweis für diese Korrelation wurde auf statistischem Wege erbracht. *Joh. Lange* schreibt darüber in seinem Lehrbuch: ... „es kann noch nicht als gesichert gelten, daß die Verteilung dieser Typen bei den Schizophrenien eine wesentlich andere ist als in der Durchschnittsbevölkerung. Ich halte es aber nicht für zweifelhaft, daß extreme asthenische und dysplastische Typen ... bei Schizophrenen häufiger sind als in einer durchschnittlichen Population“. Selbst wenn man einen positiveren Standpunkt in dieser Frage einnimmt, als *Lange* es tut, kann man nicht behaupten, daß die seitherigen Ergebnisse dieser Forschung gesicherte konkrete Erkenntnisse erbrachten, die über die allgemeine Feststellung hinausgehen, daß zwischen bestimmten Konstitutionstypen und der Neigung zur schizophrenen Erkrankung Beziehungen noch unbekannter Art bestehen, und daß eine pykni-

sche Konstitution den Ausbruch einer Schizophrenie zwar nicht verhüten kann, ihren Verlauf aber milder zu gestalten pflegt. Der in seinem Kern sicherlich genetisch bedingte Konstitutionstyp ist durch das Zusammenwirken vieler Faktoren determiniert, deren gegenseitige Beziehungen für uns vorerst noch ein sehr undurchsichtiges Gestrüpp darstellen, in dem die Konstitutionsforschung auf der Suche nach dem biologischen Sachverhalt, der den zeit seines Lebens gesunden Astheniker von dem schizophren gewordenen unterscheidet, stecken geblieben ist.

Dem körperlich asthenischen Symptomenkomplex steht häufig als seelisches Äquivalent eine abartige psychische Wesensstruktur gegenüber, die man bekanntlich mit schizoider Psychopathie bezeichnet. So wenig nun etwa eine konstitutionelle biologische Anomalie mit einer dadurch in ihrer Entstehung begünstigten Krankheit gleichgesetzt werden kann, ebensowenig kann eine konstitutionelle psychische Anomalie als mildere Form oder Übergangsform eines echten Krankheitsprozesses aufgefaßt werden. Zwischen einer schizoiden Psychopathie und einem schizophrenen Prozeß besteht eine prinzipielle Wesensverschiedenheit. Tatsächlich wird in der wissenschaftlichen Diskussion diese Trennung nicht immer durchgeführt. Es ergeben sich daraus bestimmte Folgerungen. Würde man z. B. für die ebenfalls vielfach behauptete Disposition asthenischer Personen zu Tuberkulose eine konkrete biologische Grundlage finden, so würde doch niemand behaupten dürfen, daß diese biologische Besonderheit den tuberkulösen Prozeß charakterisiere oder daß die Träger dieses Merkmals eine milde Form von Tuberkulose hätten. Ebenso wenig kann irgendeine Stoffwechselanomalie, die bei körperlich und psychisch asthenischen Menschen gefunden wird, als die somatische Grundlage eines schizophrenen Prozesses betrachtet werden, weil ein Teil dieser Menschen an Schizophrenie erkrankt und weil bei Schizophrenen diese Anomalie wieder gefunden wird. Letzteres ist selbstverständlich, wenn wirklich eine Beziehung zwischen dem betreffenden konstitutionellen Syndrom und der Schizophrenie besteht. *Jahn*, der interessante Studien über Stoffwechselanomalien beim asthenischen Symtomenkomplex veröffentlichte, zog diese Befunde zur Deutung des schizophrenen Prozesses heran, indem er die kausalen Beziehungen zwischen Disposition und Krankheitsprozeß in dieser nicht zulässigen Weise vereinfachte. Seine und *Grevings* Befunde sind, wenn sie bestätigt werden, ein wichtiger Beitrag zur Erforschung konstitutioneller Syndrome. Es wäre damit im Variantenbereich der Gesunden eine Korrelation zwischen körperlichem und psychischem Verhalten hergestellt, wie

wir sie bisher nicht kannten; es ist aber nicht bewiesen, daß diese biologische Anomalie mit der somatischen Grundstörung der Schizophrenie identisch ist. Man ist zu der Feststellung gezwungen, daß es bis heute der Konstitutionsforschung nicht gelungen ist, die von ihr behaupteten und statistisch erwiesenen Beziehungen zwischen Schizophrenie und Konstitutionstyp in ihrem Wesen und kausalen Verhältnis zueinander dem Verständnis näher zu bringen. So undurchsichtig daher auch diese Beziehungen noch sind, so sprechen sie aber bei dieser Erkrankung doch für die Existenz und Wirkung somatischer Faktoren.

IV. Die Stellung somatischer Befunde im Rahmen der Psychose

Die Konstitution stellt offensichtlich eine zu komplexe Größe dar, um mit ihr klar und übersichtlich operieren zu können. Von ihr ausgehend kommt man aber konsequenterweise zu der Forderung, das Schizophrenieproblem bewußt und systematisch nach seiner somatischen Seite hin zu untersuchen. Nicht, daß diese Strömung ganz modern wäre. Schon ehe die Systematik *Kraepelins* sich durchsetzen konnte, wurde versucht, bestimmte seelische Störungen auf körperliche Prozesse zurückzuführen. Auch nach der allgemeinen Anerkennung der *Kraepelin*schen Ideen fehlte es nie an entsprechenden Bemühungen. Es entspricht deshalb wohl nicht ganz der historischen Wahrheit, wenn die „Somatopathologie" der Schizophrenie als eine Schöpfung der modernen Schizophrenieforschung hingestellt wird. Es dürfte allerdings richtig sein, daß diese Bestrebungen heute mehr Beachtung finden als früher, wo das Hauptinteresse einer äußerst differenzierenden Psychopathologie galt. Man darf sich freilich über die Schwierigkeit eines Versuches, seelische Störungen mit körperlichen Veränderungen in Beziehung zu bringen, keiner Illusion hingeben. Da, wie gezeigt wurde, auf hirnanatomische Befunde verzichtet werden muß, so fehlen augefällige Beweise meist. Wenn bei einem Steinverschluß der Gallenwege ein Ikterus auftritt, so braucht über den kausalen Zusammenhang kein Wort weiter darüber verloren zu werden; wenn bei einem kleinen Prozentsatz von Frauen im Puerperium psychotische Störungen beobachtet werden, so besteht der Beweis, daß das Puerperium dabei eine ursächliche Rolle spielt, häufig nur in der zeitlichen Koinzidenz von Puerperium und Psychose. Von den Fällen mit puerperaler Infektion abgesehen, wissen wir nicht, welche körperliche Faktoren wirksam sind, und müssen uns mit ganz vagen und allgemein ge-

haltenen Hypothesen, wie innersekretorische Umstimmung, biologische Krise usw. begnügen. Wenn nun schon bei dieser kleinen Gruppe von Psychosen, deren Zusammenhang mit einem bestimmten körperlichen Prozeß im allgemeinen anerkannt wird, die Klärung aller pathogenetischen Fragen im einzelnen noch offen steht, obwohl die Physiologie der Schwangerschaft und des Puerperiums seit Jahrzehnten einem eingehenden Studium unterzogen wird, so ist nicht zu erwarten, daß auf dem Gebiet der Schizophrenie hinreichend gesicherte Ergebnisse einer somatopathologischen Forschung leicht zu erzielen sein werden.

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, daß uns ein Maßstab für die Bedeutung irgend eines pathophysiologischen Tatbestandes bei einem Krankheitsbild, das für uns noch völlig undurchsichtig ist, zumeist fehlt, und daß wir deshalb geneigt sind, bekannte Tatsachen in ihrer Bedeutung zu überwerten. Dies soll an einer gedanklichen Konstruktion und zwar am Beispiel der Pneumonie erläutert werden. Nehmen wir an, das Krankheitsbild der Pneumonie wäre uns nur nach allgemein klinischen Symptomen: bestimmter Fiebertyp, Aussehen, Dyspnoe bekannt, die infektiöse Aetiologie aber strittig und der charakteristische pathologische Befund unbekannt. Dagegen sei durch systematische Untersuchungen nachgewiesen worden, daß dieses Krankheitsbild mit eigenartigen Schwankungen der Kochsalzbilanz einhergeht. Sicher würde es ohne die eingehende Kenntnisse, die wir über die Pathogenese des pneumonischen Prozesses besitzen, schwierig sein, diese an sich leicht nachzuweisende pathophysiologische Störung im richtigen Lichte ihrer Bedeutung zu sehen, und die Versuchung wäre groß, da es sich um eine regelmäßige Erscheinung handelt, die Rolle dieses Befundes zu überwerten oder gar darin die eines sog. „spezifischen Symptoms" der Grundkrankheit zu erblicken. Es ist deshalb sehr schwer, heute schon die Befunde *Gyessings* über die bei Katatonen beobachteten periodischen Anomalien des Eiweißstoffwechsels in ihrer pathogenetischen Bedeutung richtig einzuschätzen. Bezüglich der Spezifität eines Krankheitssymptoms im Verhältnis zum Grundprozeß komplizierter Krankheitsbilder gibt es gewissermaßen Symptome 1., 2., 3. Ordnung. So ist z. B.eine Albuminurie bei einer Pneumonie oder eine Leberfunktionsstörung kein Symptom 1. Ordnung dieser Krankheit. Dabei kann es sich um organspezifische Symptome handeln, ohne daß ihnen eine krankheitsspezifische Bedeutung zukommt. So wichtig es ist, somatische Befunde zu erheben und zu sammeln, so vorsichtig muß man vorläufig bei ihrer Deutung sein. Ein weiterer früher begangener Fehler war der, daß häufig die bei

der Schizophrenie erhobenen Befunde in Vergleich gesetzt wurden zu den mit derselben Methode bei anderen Psychosen — sei es der Paralyse oder der Epilepsie usw. — gefundenen Werten, weil natürlich nach „spezifischen" körperlichen Befunden gefahndet wurde. Da man aber, wie häufig bei unklaren Prozessen, mit unspezifischen Methoden arbeiten mußte (und es auch heute noch tun muß), konnten auch spezifische Werte nicht gefunden werden. Enttäuscht und resigniert (s. *Wuth*) wurde dann auf eine Verwertung und Vertiefung der Kenntnisse verzichtet. Ein solches Verhalten ist sicher falsch. Es kann bei der heute möglichen wissenschaftlichen Fragestellung in der Schizophrenieforschung der differentialdiagnostische Wert eines Befundes zunächst nur eine sekundäre Rolle spielen. Wenn wir uns aber nur über die Tragweite einer Methode im klaren bleiben, so kann auch ein unspezifischer Befund wertvoll für die Beurteilung eines Krankheitsbildes sein. Die innere Medizin würde sicherlich nur ungern auf das unspezifische weiße Blutbild verzichten.

V. Körperliche Befund bei akuten Katatonien

Die akuten Katatonien waren von jeher und nicht zu Unrecht ein bevorzugtes Objekt für somatologische Untersuchungen. Wir sehen in dieser Kategorie von Geistesstörungen Krankheitsbilder, die dem Internisten wohl als körperliche Erkrankung mit psychischen Begleitsymptomen erscheinen können, während sie der Psychiater als schwere psychische Störungen mit körperlichen Symptomen auffaßt.

Wir wissen, daß *Gyessing* bei bestimmten Formen dieser Gruppe interessante Beziehungen zwischen dem jeweiligen psychischen Bild und intermediären Stoffwechselstörungen, vor allem des Eiweißstoffwechsels aufdecken konnte. Beziehungen, die ihrer Natur nach aber unspezifisch sind, d. h. bei vielen andern rein körperlichen Krankheiten auch beobachtet werden. Wir wissen, daß bei einer anderen Gruppe der Katatonien — der sog. tödlichen Katatonien — *Jahn* und *Greving* haematologische Veränderungen in den Mittelpunkt des pathogenetischen Prozesses rückten. Sie fanden autoptisch bei einigen verstorbenen Katatonen eine auffallende Haematopoese und Umwandlung von Fettmark in Knochenmark und entwickelten die Theorie, daß diese Formen der Schizophrenie und möglicherweise die Schizophrenie überhaupt durch Vergiftung mit Histamin oder einem histaminähnlichen Körper zustande komme. *K. F. Scheidt* erweiterte den Kreis dieser Psychosen, indem er die Tödlichkeit als obligates Symptom aufgab.

Er charakterisierte diese Psychosen durch das Syndrom der „febrilen zyanotischen Episode". Die an sich primitiven Allgemeinsymptome: Fieber, Zyanose und Tachykardie kennzeichnen den unmittelbaren Eindruck, den der Arzt erhält, recht gut. Sofern die Pat. ad exitum kommen, ist der Sektionsbefund uncharakteristisch und nicht in der Lage, den tödlichen Ausgang des Leidens zu klären. Psychisch handelt es sich um verworrene, häufig bewußtseinsgetrübte Zustandsbilder mit hochgradiger psychomotorischer Unruhe. Von diesen schweren und häufig tödlich verlaufenden Formen ausgehend, gelangt *K. F. Scheidt* zu den Bildern der febrilen und subfebrilen Schüben als körperliches Korrelat einfacher katatoner Stuporen und einzelner schizophrener Schübe im engeren Sinne. Nach *K. F. Scheidt* ist diesen Zustandsbildern gemeinsam das „haemolytische Syndrom" als Grundstörung. Danach wäre die Schizophrenie oder zum mindesten ein Teil der schizophrenen Störungen eine Art Blutkrankheit vom haemolytischen Typ. *K. F. Scheidt* sieht auch in dem von ihm beschriebenen „haemolytischen Syndrom" im Verein mit den negativen hirnanatomischen Befunden bei der Schizophrenie einen entscheidenden Hinweis für die wahrscheinliche Annahme einer primär extracerebral lokalisierten Grundstörung. Im Gegensatz zu *Jahn* und *Greving*, die an eine Intoxikation mit histaminähnlichen Stoffen denken, spricht *Scheidt* — mit allem Vorbehalt allerdings — von der Möglichkeit einer Vergiftung des Gehirns mit Blutfarbstoffabbauprodukten (Porphyrinen).

Diese Befunde und die recht weittragenden Schlüsse über die Bedeutung der somatopathologischen Veränderungen bei bestimmten schizophrenen Formen können natürlich nicht unbeachtet gelassen werden.

Den gemeinsamen Ausgangspunkt sowohl für die Arbeiten von *Jahn* und *Greving* wie die von *K. F. Scheidt* bilden die Beobachtungen über die schon erwähnten „tödlichen Katatonien". Beschränken wir uns zunächst auf diese Sondergruppe, die von jeher — unter verschiedenen Namen (akutes Delir usw.) beschrieben — den Psychiatern bekannt war. Festzustellen ist, daß diese deletäre Psychose selbständig, außerhalb eines typisch schizophrenen Prozesses auftreten und in einem perakuten Verlauf binnen weniger Tage zum Tode führen kann. Die nosologische Stellung der Psychose kann dann recht strittig sein. Das gleiche psychische und körperliche Bild einschließlich des negativen Sektionsbefundes kann aber auch bei zunächst schleichenden Prozessen beobachtet werden, über deren Zugehörigkeit zur Schizophrenie keine Zweifel bestehen

dürften. Das katatone Syndrom bildet dann das oft überraschend einsetzende Finale eines von vornherein keineswegs auf irgendwelche Komplikationen verdächtigen schizophrenen Prozesses.

Mit Recht wird unter den körperlichen Symptomen das zyanotische Bild, das die Pat. bieten, hervorgehoben. Dabei besteht meist rasch ansteigendes Fieber und ein beschleunigter, aber außerordentlich schwach gefüllter Puls. Geht man von den Krankheitsbildern dieser Gruppe aus, die im Verlauf eines schon länger gehenden schizophrenen Prozesses auftreten, so findet man, daß die Temperatursteigerung unbedeutend sein oder auch ganz fehlen kann, daß aber die zunehmende Tachykardie und die Zyanose stets beobachtet werden. Zwei Symptome, die als Kreislauferscheinungen pathogenetisch sicherlich eng zusammengehören. Das Fieber besitzt daher als Symptom höchstens fakultativen, aber nicht obligaten Charakter.

Als Beispiel sei folgende Beobachtung angeführt:

♂ Pat. M. 24 Jahre alt. Familie o. B. Praemorbid nicht weiter auffällig. Erkrankte während seiner Wehrdienstzeit. Er könne nicht mehr richtig denken, sich nicht mehr konzentrieren. Müsse über alles nachdenken und komme doch zu keiner Klarheit. Dann Entwicklung von Beziehungsideen, fühlte sich hypnotisiert, elektrisiert und geriet innerhalb weniger Tage in einen schweren Erregungszustand, aggressiv gegen die Umgebung, unrein. Gedankenablauf ganz inkohärent. Behauptet, er müsse die ganze Welt umbringen. Kann sich in einer wüsten Schimpfkanonade plötzlich mit der Frage unterbrechen: „Was ist denn los mit mir, was geschieht mit mir". Ist dann für kurze Zeit fixierbar, sicher orientiert, fängt aber unvermittelt wieder an zu schreien, in perseverierender Weise Drohungen auszustoßen und gegen Pfleger und Patienten tätlich zu werden. Er ist vom 14. 6. 38 bis zu seinem Tode am 24. 11. 38. in der Klinik. Die über Tage anhaltenden Phasen schwerster psychomotorischer Erregung wechseln mit solchen, in denen er sich relativ ruhig verhält, autistisch verträumt herumsitzt, bei der Exploration in ironisch überlegenem, aber inhaltlich leerem Geschwätz ausweicht, flach im Affekt und insgesamt schon recht defekt wirkt. Insulinschock- und Cardiazolbehandlung sind erfolglos. Am 15. 11. 38 beginnt wieder eine sich rasch steigernde Phase schwerster Erregung. Er stirbt in der Nacht vom 23. 11. auf 24. 11. ganz überraschend. In den Erregungsphasen bot er regelmäßig das Symptom der Zyanose mit dem entsprechenden haematologischen Befund: Anstieg der Erytrozytenwerte von 4,9—4,59 Millionen in der ruhigen Periode zu Werten von 5,8—6,2 Millionen in den Erregungszuständen, Anstieg der Haemoglobinwerte von 102% auf 116%. Die über die ganze Dauer der Beobachtung geführte Temperaturkurve läßt aber keine periodischen Schwankungen erkennen, erreicht nie febrile und mit Ausnahme der anfänglichen Insulinphase auch keine subfebrile Werte. Nur die Pulslage war während der Phasen schwerer Erregung labil. Der Sektionsbefund lautete: .... „leichte Hirnschwellung, hochgradige Blutüberfüllung der Organe, Milz sehr blutreich". Eine Umwandlung des Fettmarks in rotes Knochenmark konnte nicht festgestellt werden.

Von diesen Bildern akuter Todesfälle, die die von *K. F. Scheidt* hervorgehobene Trias nur andeutungsweise zeigen, bis zu solchen, die die Symptome der febrilen Zyanose in klassischer Prägung bieten, gibt es alle Übergänge. Sie sind weder nach dem klinischen Bild noch nach dem Sektionsbefund zu trennen. Es ist eine Frage der Willkür, die relativ symptomarmen von den symptomatisch ausgeprägten Formen zu unterscheiden, besonders wenn es sich um allgemeine Symptome wie Fieber, Zyanose und Pulsbeschleunigung handelt.

Der beschriebene Krankheitsfall stellt insofern noch eine Besonderheit dar, als es sich um einen schizophrenen Mann handelt. Bei Männern — und dies darf nicht außer Acht gelassen werden — sind tödlich verlaufende Katatonien viel seltener als bei Frauen. Eine Feststellung, die auch *K. F. Scheidt* trifft. Die von *Jahn* und *Greving* beschriebenen auffallenden Sektionsbefunde betreffen ausschließlich Frauen. Das eigene Material der letzten Jahre umfaßt 11 hierhergehörige Psychosen, darunter befinden sich 2 Männer. Nicht selten steht bei Frauen die deletäre Entwicklung häufig in engem zeitlichem Zusammenhang mit der Menstruation, was ebenfalls von *K. F. Scheidt* bestätigt wird. Die unzweifelhaft bestehende besondere Diposition des weiblichen Geschlechts, der begünstigende Einfluß der Menses stützen die Annahme sicherlich nicht, das diese Trias ein reines Syndrom der Grundkrankheit ist. Es ist naheliegend anzunehmen, daß das klinische Bild Ausdruck einer Wechselwirkung darstellt zwischen schizophrenem Prozeß und einem davon unabhängigen Faktor, z. B. offenbar häufig dem weiblichen innersekretorischen Funktionssystem, wobei schwer zu sagen ist, was auf Kosten der Schizophrenie und was auf Kosten der innersekretorischen Störung zu setzen ist. In manchen Fällen ist als akzessorisches Moment trotz eines negativen oder als Todesursache allein nicht ausreichenden Befundes, wie etwa eines kleinen bronchopneumonischen Herdes, eine interkurrente Infektion nicht auszuschließen.

Auf alle Fälle handelt es sich um ein unspezifisches Syndrom, das im Verlauf mancher Infektionskrankheiten zu beobachten ist und neuerdings als Nebennierenrindensymptom aufgefaßt wird. *Nitschke* und *Kraetschel* sowie *K. Stenger* berichteten über ein ähnliches Syndrom, das bei schweren toxischen Zuständen im Verlauf verschiedener Infektionskrankheiten (Diphtherie, Ruhrfälle, Polyarthritis, Sepsis) sowie bei Verbrennungen beobachtet wird und gekennzeichnet ist durch übernormale Haemoglobin- und Erytrozytenwerte, vermehrten Eiweißgehalt des Serums, Erniedrigung des

Natrium-, Chlor- und Kalziumspiegels. Man kann noch hinzufügen, daß Vermehrung der Leukozyten, Linksverschiebung im Differentialblutbild, mäßige Albuminurie und Zunahme des Reststickstoffes festzustellen sind.

Bei allen diesen Zuständen einschließlich der tödlichen Katatonien handelt es sich meist um ein erst sub finem voll ausgeprägtes Syndrom, dessen Pathogenese noch nicht restlos geklärt ist, das aber, wie die angeführten Beobachtungen beweisen, nicht an eine bestimmte Grundkrankheit gebunden ist. Es soll natürlich nicht bestritten werden, daß der noch hypothetische körperliche schizophrene Prozeß an seinem Zustandekommen beteiligt ist. Es ist aber nicht bewiesen, daß das Syndrom der unmittelbare Ausdruck des schizophrenen Prozesses ist, wie es etwa ein Tuberkel für eine Tuberkulose darstellt, sondern es kann sich z. B., wie die Theorie von der Nebennierenrindenschädigung vermutet, um ein sekundäres, durch primär wesensverschiedene Prozesse auslösbares Drüsensymptom handeln. Bei der tödlichen Katatonie spricht der Umstand daß das Syndrom bei weiblichen Kranken wesentlich häufiger als bei männlichen Schizophrenen und besonders häufig zur Zeit der Menses zu beobachten ist, im Sinne einer Beteiligung des innersekretorischen Systems.

Wie schon erwähnt wurde, stellten *Jahn* und *Greving* die Hypothese auf, das beschriebene Syndrom sei auf eine Histamin- oder histaminähnliche Vergiftung zurückzuführen. Sie beobachteten eine starke Haematopoese des Knochenmarks und sahen darin einen besonderen Hinweis für ihre These von der Histaminvergiftung der tödlichen Katatonie und evtl. der Schizophrenie überhaupt. Die beschriebenen Befunde sind zweifellos sehr auffallend, sie sind aber von anderer Seite bis jetzt nicht bestätigt worden. *K. F. Scheidt* erwähnt ausdrücklich bei dem von ihm geschilderten Fall einer tödlichen Katatonie, daß eine Umwandlung von Fettmark in rotes Mark nicht festgestellt werden konnte. An unserem eigenen Material von tödlichen Katatonien wurde ebenfalls keine auffallende Neubildung von blutbildendem Mark beobachtet. Es muß in diesem Zusammenhang auch an die Untersuchungsserie von *K. Meyer* erinnert werden, der bei einer ganzen Anzahl hierhergehöriger Fälle systematische makroskopische und mikroskopische Obduktionsbefunde erhob und in keinem Fall eine auffallende Haemotopoese beobachtete.

Eine Vermehrung der Retikulozyten als Symptom einer gesteigerten Neubildung von roten Blutkörperchen konnte am eigenen Material niemals nachgewiesen werden. Sofern *K. F. Scheidt* in seiner

Kasuistik Retikulozytenzahlen angibt, sind diese ebenfalls unter oder noch weit innerhalb der Norm. Eine Verallgemeinerung der von *Jahn* und *Greving* erhobenen Befunde ist daher nicht statthaft.

Es wurde schon darauf hingewiesen, daß eine kritische Würdigung des fremden und eigenen Beobachtungsmaterials die Bedeutung der körperlichen Störung bei der „tödlichen Katatonie" als spezifisches Syndrom der schizophrenen Grundkrankheit erheblich einschränkt. Dem hervorstechendsten Merkmal des Syndroms, der Zyanose, liegt eine Zirkulationsstörung und wahrscheinlich auch eine Permeabilitätsstörung der Kapillaren zugrunde, wodurch es zu der vielfach bestätigten Eindickung des Blutes kommt. Daß hierbei Histaminkörper eine Rolle spielen können, ist nicht ausgeschlossen; daraus aber irgendwelche Schlüsse über den Charakter der Grundkrankheit zu ziehen, ist unberechtigt und rein hypothetisch. Es wäre dies ebenso richtig oder unrichtig wie die These, einer toxischen Diphtherie oder einer Ruhr oder irgend einer anderen Erkrankung, in deren Verlauf das Syndrom beobachtet wird, liege eine Histaminvergiftung als Grundkrankheit zugrunde. Eine solche Hypothese ließe die Kompliziertheit des im Organismus sich abspielenden Prozesses außeracht, an dessen Anfang ein uns unbekannter Komplex, vielleicht spezifischer Natur steht, aber einer unmittelbaren Untersuchung nicht oder noch nicht zugänglich ist und an dessen Ende ein vielleicht organ- aber sicher kein krankheitsspezifisches Reaktionssyndrom in Erscheinung tritt. Nicht unerwähnt bleiben soll in diesem Zusammenhang eine eigene anläßlich einer intravenösen Padutininjektion bei einem Kollegen vor Jahren gemachten Beobachtung.

Es wurden im ersten Versuch 0,5 ccm Padutin intravenös injiziert. Nach einem halbstündigen symptomlosen Intervall entwickelte sich sehr rasch ein sehr bedrohliches Zustandsbild, das dem Aspekt nach nicht treffender als durch den Ausdruck „graue Zyanose" charakterisiert werden könnte, wie sie auch bei manchen tödlichen Katatonien zu beobachten ist. Der Puls wurde frequent und klein, der Blutdruck sank systolisch unter 85 mm Hg. Der Zustand hielt etwa 20 Minuten an, dann klangen die schweren Zirkulationsstörungen ab. In einem zweiten Versuch wurden nur 0,2 ccm Padutin injiziert. Auch danach trat nach einem freien Intervall ein relativ ebenso schweres Zustandsbild ein. Das kapillarmikroskopische Bild ergab eine maximale Erweiterung der Kapillarschlingen mit Stagnation der Blutströmung. Die Haemoglobinwerte vor, während und nach dem Versuch stehen nicht mehr in extenso zur Verfügung. Sie bestätigten aber die auf Grund des ersten Versuchs vermutete Anreicherung der Erytrozyten und des Anstiegs der Haemoglobinwerte im peripheren Blut. Eiweißbestimmungen im Serum wurden nicht angestellt. Weitere Versuche mußten im Hinblick auf die unerwartet toxische Wirkung des Padutins bei intravenöser Anwendung unterbleiben.

Diese schon Jahre zurückliegende Beobachtung wurde angeführt, weil rein symptomatisch eine große und immer wieder auffallende Ähnlichkeit zwischen den durch intravenöse Padutinanwendung bewirkten Zustande und dem als „graue Zyanose“ bezeichneten Bild der tödlichen Katatonie besteht, weil sie bestätigt, daß an dem Zustandekommen des Syndroms in erster Linie das Gefäßsystem beteiligt ist und weil aus der Gesamtheit des Beobachtungsmaterials geschlossen werden darf, daß das Zustandsbild genetisch nicht eindeutig bedingt ist. Zu bemerken wäre noch, daß Padutin angeblich kein Histamin enthält.

Wenn uns auch vorerst ein tiefergehendes Verständnis für die bestehenden Zusammenhänge fehlt, und Rückschlüsse auf die mögliche Art der Grundkrankheit höchstens hypothetischen Wert haben, so verdient diese Sondergruppe katatoner Zustände doch sowohl vom theoretischen wie praktischen Standpunkt aus besondere Beachtung.

Die theoretische Bedeutung des körperlichen Symptomenkomplexes der tödlichen Katatonie und verwandter Zustände besteht darin, daß die enge Koppelung pathophysiologischer Vorgänge mit schizophrenen Störungen selten in so eindringlicher Weise in Erscheinung tritt. In praktischer Hinsicht stellen diese Zustandsbilder vor allem ein therapeutisches Problem dar. Die Beherrschung des in jedem Falle bedrohlichen Zustandes ist noch ganz unzulänglich, Insulin- und Traubenzuckertherapie versagt nach unseren Erfahrungen. Beachtung verdient die Theorie der Nebennierenrindeninsuffizienz, die begründet genug erscheint, um therapeutische Versuche zu rechtfertigen.

VI. Das sog. „haemolytische Syndrom“

Die tödlich verlaufenden akuten Katatonien bilden nur einen kleinen Prozentsatz der schizophrenen Erkrankungen überhaupt. Weitere Gruppen wurden von *K. F. Scheidt* als „febrile und subfebrile stuporöse Episoden“ und als „febrile und subfebrile schizophrenen Schübe“ beschrieben. Ein „festgefügter Symptomenkomplex“ als dessen pathogenetischer Kern eine für die Schizophrenie spezifische Haemolyse angesehen wird, soll das somatische Korrelat der phasenhaft ablaufenden Psychose bilden. Während *Jahn* und *Greving* auf Grund ihrer Sektionsbefunde als charakteristisches Symptom eine vermehrte Neubildung von Erytrozyten (als Folge der angenommenen Histaminvergiftung) annehmen, kommt *K. F. Scheidt* zu dem Schluß, daß eine für die Schizophrenie

pathognomische Haemolyse als Grundstörung anzunehmen sei und die Neubildung der Erytrozyten nur ein (sekundärer) Kompensationsvorgang sei. Bezüglich der akuten Katatonien geht er von der vorerst nicht begründeten Vermutung aus, daß dem von *Jahn* beschriebenen Zustand eine haemolytische Phase vorausgehe, daß der Nachweis dafür noch eines Tages gelingen werde und hält sich für berechtigt in der Zusammenfassung über das Kapitel der „febrilen zyanotischen Episoden" zu sagen, daß ein haemolytisches Syndrom eine wichtige Rolle zu spielen scheine.

Bei den stuporösen Episoden und insbesondere den schizophrenen Schüben wird auf den Nachweis des „haemolytischen Syndroms" als einer spezifischen somatischen Störung der Schizophrenie entscheidender Wert gelegt. Die diesbezüglichen Untersuchungen erstrecken sich auf insgesamt 21 Fälle von Schizophrenie, bei denen febrile und subfebrile Schübe im Verlauf der Psychose beobachtet werden konnten. Daß diese febrile oder subfebrile Phasen als Ausdruck der schizophrenen Grundstörung aufzufassen seien, wird aus der mit dem Auftreten des Schubs einsetzenden Änderung des psychopathologischen Bildes und dem Fehlen irgendwelcher lokaler Krankheitsprozesse geschlossen.

Nun ist zuzugeben, daß wir uns vorerst im wesentlichen auf den zeitlichen Zusammenhang zwischen körperlichen und seelischen Störungen als Ausgangsbasis für somatische Studien begnügen müssen. Andererseits darf man sich nicht verhehlen, daß eine solche Voraussetzung nur eine Mindestforderung , aber kein zwingender Beweis für die Annahme ist, daß ein körperlicher Prozeß in unmittelbarer kausaler Beziehung zu der Psychose steht. Es braucht nur auf den Einfluß der Menses bei schizophrenen Frauen hingewiesen werden. Praemenstruell findet man sehr häufig eine Temperatursteigerung und noch häufiger eine Verschlimmerung des schizophrenen Bildes. Daß es sich bei diesen „periodischen Schüben" um eine recht komplexe Wechselbeziehung zwischen somatischen Vorgängen und schizophrenen Prozessen handelt, wird wohl nicht bestritten werden. In diesen uns bekannten Fällen haben wir keine Veranlassung, in dem körperlichen Prozeß mehr als einen akzessorischen Faktor zu sehen. Wenn bei einigen Kranken die Ursache der körperlichen Störung nicht aufgedeckt werden kann, so darf nicht ohne weiteres angenommen werden, daß eine eingehende klinische Untersuchung mit negativem Ergebnis immer eine Gewähr dafür bietet, daß eine beobachtete Temperatursteigerung auf „eine der inneren Medizin noch unbekannten Grundstörung" zurückzuführen sei. Bei aller Hochachtung, die unseren

diagnostischen Methoden zu zollen ist, sind aetiologisch unklare Einzelfälle nicht gerade allzuselten, ohne daß man deshalb eine bislang nicht bekannte Krankheit anzunehmen pflegt.

Diese kritischen Einwände lassen natürlich die Möglichkeit offen, daß bei einzelnen von *K. F. Scheidt* beschriebenen Fällen seine Hypothese zutrifft, sie zwingen aber zu besonders sorgfältiger Überprüfung jeden Einzelfalles. So vermißt man z. B. bei *K. F. Scheidt* Angaben über bakteriologische Untersuchungen im febrilen Schub. Aber wenn auch die Zusammenhänge nicht in allen oder auch in keinem der Fälle so unmittelbar sind, wie er voraussetzt, ist natürlich eine Aufklärung der Zusammenhänge dringend erforderlich, genau so, wie dies auch für die Beobachtungen der Fall ist, daß während fieberhafter Zustände nicht eine Verschlimmerung, sondern eine Aufhellung der Psychosen einsetzt.

Die bei den in Frage kommenden schizophrenen Psychosen beobachteten körperlichen Symptome werden von *Scheidt* in unspezifische und spezifische eingeteilt. Als unspezifisch betrachtet er Schwankungen des Gesamteiweißspiegels, Blutkörperchensenkungsbild, Pulsbeschleunigung, Veränderungen im weißen Blutbild und die Temperaturerhöhung, als spezifisch den „haemolytischen Symptomenkomplex". Dieser ist charakterisiert durch Veränderungen des Färbeindex und Vermehrung von Blutfarbstoffabbauprodukten im Plasma und Urin.

Es ist nicht möglich, auf Grund eigener Beobachtung zu der Frage der Häufigkeit der von *Scheidt* beschriebenen Krankheitsbilder Stellung zu nehmen. Dies ist auf den Umstand zurückzuführen, daß seit 1936 in unserer Klinik die Insulinschockbehandlung bei schizophrenen oder auch schizophrenieverdächtigen Patienten angewandt wird. Die Insulinbehandlung führt zu einer Labilität der Temperatur- und Pulskurve. So kommt es, daß sich unter den 200 Temperatur- und Pulskurven unseres Materials nur 2 Fälle befinden, die eine deutliche subfebrile Phase während der Beobachtungszeit erkennen lassen. Das psychische Bild zeigte auch ein unverkennbares Aufflackern der psychotischen Symptome mit Einsetzen der febrilen Periode. Bei beiden Patientinnen war aber die Temperatursteigerung auf ein bekanntes Grundleiden, nämlich ein Erythema nodosum zurückzuführen. In beiden Fällen bestand die Psychose längere Zeit vor dem Auftreten des Erythema nodosum und hatte ein schizophrenes Gepräge, zu der Diagnose „symptomatische Psychose" bestand nach dem psychopathologischen Bild keine Veranlassung. Der unspezifische Symptomenkomplex im Sinne von *Scheidt* war sehr deutlich ausgeprägt, auch ein „haemolytisches

Syndrom" war bei einer Patientin nachweisbar, bei der das Erythem mehrere Wochen hindurch in immer neuen Schüben auftrat: Das Haemoglobin sank von 102% auf 78%, die Roten gingen von 4,8 auf 4,6 Mill., der F. J. von 1,1 auf 0,85 zurück. Die Retikulozyten stiegen von 4‰ auf 12‰ an. Der Bilirubinspiegel betrug bei der Aufnahme der Pat. 0,5 mgr %, 10 Tage vor Auftreten des Exanthems unter 0,5 mgr % und 3 Tage nach seinem Auftreten 0,6 mgr %, um nach 8 Tagen wieder unter 0,5 mgr % zu sinken. Das Bilirubin gab die indirekte Reaktion. Die Urobilinogenprobe war während der ganzen Dauer der Erkrankung negativ. Selbstverständlich handelte es sich nicht um ein „spezifisches haemolytisches Syndrom", sondern um eine genau so unspezifische Reaktion des roten Blutbildes wie bei der Senkungsbeschleunigung, der Vermehrung der Leukozyten. Warum *Scheidt* die von ihm beschriebenen Veränderungen des roten Blutbildes als spezifisch bezeichnet, ist nicht ersichtlich. *Jahn* wies in der Diskussion auf „der Tagung der Südwestdeutschen Psychiater" in Baden-Baden 1938 schon darauf hin, daß die von *Scheidt* beschriebenen Vorgänge ein gewöhnliches, unspezifisches Begleitsymptom vieler körperlicher Erkrankungen sei. Es ist von sekundärer Bedeutung, welcher Art die Grundstörung ist. Der von *Schilling* beschriebene unspezifische Status legt gerade bei noch unklaren oder fraglichen körperlichen Störungen der verschiedensten Art sogar entscheidenden Wert auf die Beachtung de- und regenerativer Vorgänge im roten Blutbild durch den Retikulozytennachweis im dicken Tropfen. Keiner der von *K. F. Scheidt* herangezogenen Faktoren, einschließlich der nicht regelmäßigen oder nur sehr geringfügigen Bilirubinerhöhung, ist in der Lage, das „haemolytische Syndrom" als spezifische Störung zu charakterisieren und diesem die zentrale Stelle in seiner Theorie der schizophrenen Schübe zu sichern, die er ihm zuschreibt. Gegenüber den Krankheiten, bei denen die Haemolyse tatsächlich eine entscheidende pathogenetische Rolle spielt (z. B. haemolytischer Ikterus, Malaria und perniziöse Anaemie) sind die von *K. F. Scheidt* beschriebenen Veränderungen des roten Blutbildes geradezu unbedeutend und in diesem Ausmaße bei zahlreichen febrilen und nicht febrilen körperlichen Prozessen zu beobachten. Dabei sei ganz davon abgesehen, daß der Färbe-Index, auf den *Scheidt* so großen Wert legt, eine auf zwei experimentellen Bestimmungen basierende Größe darstellt, deren Genauigkeit nicht sehr groß ist.

Selbst wenn die von *K. F. Scheidt* beschriebenen febrilen oder subfrebrilen Episoden rein zahlenmäßig von allgemeinerer Bedeutung sein sollten, als dies nach unserer eigenen Erfahrung der Fall

zu sein scheint, so kann einer Trennung in einen unspezifischen und einen spezifischen Symptomenkomplex als Ausdruck der schizophrenen Grundstörung auf Grund der bis jetzt vorgebrachten Tatsachen nicht zugestimmt werden. Eine Diskussion der von *Scheidt* angedeuteten Hypothese über die toxische Grundlage der schizophrenen Störungen im Sinne einer Vergiftung des Gehirns mit Porphyrinkörpern entbehrt vorläufig mindestens in demselben Maße einer tragfähigen Unterlage wie diejenige von *Jahn* über eine Histaminvergiftung. Die beiden eigenen Beobachtungen machen es übrigens recht deutlich, wie schwierig die Stellung solcher Episoden im Rahmen des psychotischen Prozesses zu beurteilen ist. Der Umstand, daß in engem zeitlichen Zusammenhang mit dem febrilen Schub die Psychose wieder aufflackert, genügt nicht, um in dem febrilen Schub eine unmittelbare körperliche Manifestation des schizophrenen Prozesses erblicken zu können und nicht jede körperliche Begleiterkrankung im Verlauf einer Schizophrenie ist verpflichtet, Organsymptome zu machen; sie kann sich auf unspezifische Allgemeinsymptome beschränken, wie sie *K. F. Scheidt* für die febrilen und subfebrilen Episoden einschließlich der haemolytischen Symptome beschreibt. Zu betonen ist, daß ein triftiger Anhaltspunkt für die Identität des fieberhaften Prozesses bei den tödlichen Katatonien und den febrilen Episoden der chronisch verlaufenden Schizophrenien nicht besteht.

VII. Somatische Veränderungen bei stuporösen Katatonen

Abgesehen von den schon besprochenen Sondergruppen, deren nosologische Stellung nicht immer eindeutig ist, bilden bei der ganz überwiegenden Mehrzahl aller Schizophrenien Temperatur- und Pulsverlauf sicherlich kein Spiegelbild des psychischen Prozesses. Dagegen wurde immer wieder der Versuch gemacht, durch haemotologische Untersuchungen zu einem klaren Bild über den schizophrenen Prozeß zu gelangen. Dem weißen Blutbild wurde besondere Beachtung geschenkt. Für manche katatonen Stuporen sind aber tatsächlich die quantitativen Verschiebungen im roten Blutbild ebenso charakteristisch wie die Veränderungen des weißen Blutbildes. Insofern dürfte *K. F. Scheidt* Recht haben, wenn er die Stuporen besonders hervorhebt. Nur ist zu betonen, daß dieses Symptom bei völlig afebrilem Temperaturverlauf und normaler Pulslage zu beobachten ist. Das klinische Bild erinnert an das zyanotische Syndrom der malignen Katatonien, der Puls ist weich, der systolische Blutdruck erniedrigt, die Haemoglobin- und Erytro-

zytenwerte sind stark erhöht, die Leukozytenwerte meist hoch normal. Eine Senkungsbeschleunigung kann völlig fehlen. Die Plasmaeiweißkonzentration ist an der oberen Grenze der Norm oder überschreitet diesen Wert. Temperatursteigerung ist wie erwähnt kein obligates Symptom und meist nur bei Frauen praemenstruell zu beobachten.

Wie schwierig aber auch in diesen Fällen die Einordnung und Deutung des Befundes in seiner Beziehung zur Psychose ist, soll folgendes Beispiel zeigen:

♂ Pat. A., 22 Jahre alt. Mutter erkrankte im Herbst 1937 im Alter von 48 Jahren unter dem Bilde einer Katatonie und starb Oktober 1938 in einer Heil- und Pflegeanstalt.

Diagnose: Schizophrenie. Weitere Psychosen in der Familie nicht bekannt.

Der Pat. selbst war in den letzten Jahren beim Heer. Galt als tüchtiger, zuverlässiger Soldat. Im Grunde ernste Natur, aber kameradschaftlich und unauffällig, wenn auch zur Zurückgezogenheit neigend. Aus früheren Jahren ist nichts Auffälliges über ihn bekannt geworden. Wegen häufiger Anginen wurde er am 23. 3. 38 auf die Ohrenabteilung eines städtischen Krankenhauses zur Tonsillektomie aufgenommen. Diese verlief nach Mitteilung der Klinik ganz glatt und ohne jede Komplikation. Zunächst wurde auch an A. nichts Besonderes beobachtet, mit der Zeit fiel aber ein stilles, zurückgezogenes Wesen auf, auch die körperliche Erholung nach dem Eingriff verzögerte sich bei dem kräftigen, muskulösen Mann. Ende April — also etwa 4 Wochen nach der Tonsillektomie — verweigerte er jede Nahrungsaufnahme, gab keine Auskunft mehr, machte auch einen Suicidversuch und wurde am 4. 5. 38 in völlig stuporösem Zustand, aber mit einer deutlichen negativistischen Tendenz, der Klinik überwiesen. In diesem Zustand verharrte er gleichmäßig bis zum 19. 5. 38. Er gab auf keine Frage Antwort, nahm aber vom 2. Tag an spontan Nahrung zu sich. Jede Annäherung quittierte er entweder durch Nichtbeachtung oder einfaches Abwenden des Kopfes. Nach der Einleitung einer Insulinkur löste sich Ende Mai der Stupor allmählich. Die zeitliche Orientierung über den Beginn der Erkrankung war, wie sich bei der Exploration herausstellte, mangelhaft. Sicher ließ sich feststellen, daß schon einige Zeit vor der Tonsillektomie eine Wesensveränderung bestanden haben muß. Er deutete das Verhalten seiner Vorgesetzten und Kameraden falsch und stand unter em Einfluß paranoider Beziehungsideen. Unmittelbar nach der Tonsillektomie gelangte die Psychose offenbar rasch zur Entwicklung, er fühlte sich verspottet, war voller Beziehungsideen, die er zum Teil im Sinne einer Selbstbeschuldigung, zum Teil im Sinne von Vergiftungsideen verarbeitete. In der Klinik fühlte er sich dauernd beobachtet, die Mitpatienten waren nur seinetwegen hier, um ihn hereinzulegen und der Spionage zu überführen. Eine Stimme berichtete ihm über alles, was tatsächlich um ihn herum vorgehe usw. ... Der Stupor ging ganz allmählich in eine von starkem Mißtrauen, unangenehmem Veränderungsgefühl und zeitweilig auch großer Ratlosigkeit beherrschten paranoiden Phase und schließlich — Ende Oktober 1938 — in völlige Remission mit Korrektur der paranoiden Ideen und Krankheitssinsicht über. Die Behandlung bestand in einer Insulin-Cardiazolkur. Für die erste Zeit der Psychose blieb die Erinnerung mangelhaft, eine zeitweilige, allerdings wohl nicht sehr tiefgehende Bewußtseinstrübung in dieser ersten Krankheitsperiode kann

nicht ausgeschlossen werden. Es ist aber auch möglich, daß nur die ausgeprägte autistische Versenkung und Abgewandtheit von äußeren Erlebnissen im Stupor eine Erinnerungslücke vortäuschte.

Vom Gesichtspunkt der körperlichen Veränderungen ist lediglich die erste Phase — die des Stupors bis zum Beginn der Insulinkur — von Interesse. Die Temperatur war während dieser Zeit, wie übrigens auch später, völlig normal und bewegte sich zwischen 36,5 morgens und 37,2 abends. Der Puls lag zwischen 64 und 78. Dennoch sah der Patient ausgesprochen zyanotisch aus, der Blutdruck schwankte zwischen 96/70 und 105/80. Die gut entwickelten Venen füllten sich auch nach Stauung sehr schlecht und kollabierten bei einer Blutentnahme sofort, wenn durch die Spritze ein stärkerer Zug ausgeübt wurde. Ein krankhafter Organbefund konnte nicht erhoben werden.

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Blutbefunde:

	5. 5.	6. 5.	8. 5.	10. 5.	13. 5.	16. 5.	Bemerkung.
1. Hgl. . .	118%	122%	122%	116%	110%	110%	
2. Rote . .	6,3	6,3	6,4	5,9	5,8	5,4	Erytr. morph. o.B.
3. Retikulozyten .	2‰	(+)	2‰	2,3‰	(+)	3,5‰	
4. Weiße .	7200	7180	7560	6400	6720	6590	
5. Bilirubin (mg %) .	0,4	0,4	0,3	0,5	unter 0,2	0,3	
6. Senkung (Westergren) . .	23/53	20/47	15/43	15/45	12/36	12/36	
7. Urobilinogen . .	ø		ø	(+)?	ø	ø	

Spätere Untersuchungen ergaben stabile Werte bei einem Haemoglobingehalt von 105—108%.

Der erhobene Befund zeigt die kardinalen Symptome des cyanotischen Syndroms. Am auffallendsten war die Beeinträchtigung der Zirkulation, bezeichnend das Fehlen der haemolytischen Symptome, vor allem der konstant unterdurchschnittliche Retikulozytenwert. Auch bei diesen einfachen stuporösen Prozessen, die psychisch ganz anders wirken als die verworrenen und erregten Formen der „tödlichen Katatonie“ sind die Blutbefunde wohl eher ein Symptom der gestörten Zirkulation und Permeabilität als der Veränderungen im haemopoetischen Apparat. In dieser Form beobachtet man den beschriebenen Symptomenkomplex gerade bei Stuporen immer

wieder. Aber gerade in diesem Falle A bestehen Schwierigkeiten, die körperlichen Veränderungen allein auf den schizophrenen Prozeß zurückzuführen. Denn niemand kann einen möglichen Einfluß der vorausgegangenen Tonsillektomie bei dem Zustandekommen des Syndroms mit Bestimmtheit ablehnen. Die recht beträchtliche Senkungserhöhung macht dies sogar wahrscheinlich, wie auch die Auffassung des Krankheitsbildes als Schizophrenie im engeren Sinne nicht auf allgemeine Zustimmung rechnen kann. Immerhin spricht die hereditäre Belastung für die Zugehörigkeit zum schizophrenen Formenkreis.

Doch besteht kein Zweifel, daß das beschriebene Syndrom in mehr oder weniger ausgeprägtem Grade bei stuporösen Zuständen zu beobachten ist, die einen klassisch schizophrenen Verlauf nehmen und bei denen anamnestisch eine vorausgegangene Erkrankung nicht zu eruieren ist. Fortlaufende haematologische Untersuchungen existieren über 7 Fälle. Keiner zeigte Temperatursteigerung und abnorm starke Pulsbeschleunigung, aber bei 5 von ihnen war die Senkung der roten Blutkörperchen zu Beginn der Psychose erhöht. Dieser Umstand, der mit großer Wahrscheinlichkeit auf einen vorausgegangenen körperlichen Prozeß schließen läßt — die Senkung ist ja kein Früh-, sondern ein ausgesprochenes Spätsymptom — spricht doch sehr in dem Sinne, daß der schizophrene Prozeß allein nicht in der Lage ist, das Syndrom auszulösen. Wie bei den „tödlichen Katatonien" führen unsere Überlegungen auch hier zu dem Schluß, das Symptom nicht als „Grundsymptom" der schizophrenen Erkrankung aufzufassen.

VIII. Das Verhalten der Retikulozyten bei schizophrenen Psychosen

Da in den neueren Arbeiten so entscheidender Wert auf die Blutneubildung gelegt wird, war es notwendig, mit besonderer Sorgfalt das Verhalten der Retikulozyten zu studieren. Denn es ist klar, wenn die Schwankungen der Erytrozytenzahl nicht auf zirkulatorisch bedingte Verschiebungen, sondern in erster Linie auf Zerstörung und Neubildung beruhen sollen (wie *K. F. Scheidt* vermutet), so müssen diese biologischen Vorgänge sich in entsprechenden Schwankungen der Retikulozytenzahl bemerkbar machen. Anläßlich einer fortlaufenden Serienuntersuchung über die Zahl der Retikulozyten im Blut von 52 schizophrenen Patienten konnte aber nur in einem Fall eine Vermehrung der Retikulozyten beobachtet werden. Es handelte sich um eine Patientin, die an einer aktiven Tuberkulose litt. Es war im übrigen geradezu die niedrige Retikulo-

zytenzahl auffallend. Auch die von *Jahn* und *K. F. Scheidt* mitgeteilten Zahlen überschreiten nicht die Norm. In Übereinstimmung mit andern Autoren konnte auf Grund ausgedehnter eigener Untersuchungen mit verfeinerter Methodik schon vor Jahren auf die erhebliche Schwankungsbreite der normalen Retikulozytenzahl hingewiesen werden. Unter Berücksichtigung der noch physiologischen Grenzwerte von 3—15‰ kann daher aus den Retikulozytenzahlen bei schizophrenen Personen nicht der geringste Anhaltspunkt für erhebliche biologische Veränderungen im roten Blutbild gewonnen werden.

Auf zwei Punkte, auf die bis jetzt offenbar nicht geachtet wurde, ist in diesem Zusammenhang noch besonders hinzuweisen. Bei der systematischen Durchmusterung von Blutpräparaten schizophrener Patienten fiel in einigen Fällen das Auftreten basophiler Punktierung (wie sie z. B. bei der Bleivergiftung und anderen Intoxikationen sowie bei Blutungsanaemien bekannt sind) einzelner Erytrozyten bei gewöhnlicher Giemsafärbung auf. Dieser merkwürdige und zunächst nicht erklärliche Befund erwies sich aber nicht als für die Schizophrenie allein charakteristisch. Er konnte nämlich (wie systematische Untersuchungen zeigten) bei den psychotischen und nicht-psychotischen Patienten erhoben werden, die längere Zeit Veronal als Schlafmittel bekommen hatten. Ob auch andere Narkotica zu einer spärlichen basophilen Punktierung führen, konnte bis jetzt nicht geklärt werden. Man wird aber in Zukunft bei Beurteilung feinerer Blutveränderung, wie z. B. der Retikulozytenahl, die mögliche medikamentöse Beeinflussung berücksichtigen müssen.

Der zweite Punkt betrifft die angeblich verminderte Restistenz der Roten, von der *Jahn* und *Greving* sprechen. Sie schreiben: „... das sich spärlich absetzende Serum ist selten frei von haemolytisch entstandenem Farbstoff ...“. Nun zeigt sich schon bei der alltäglichen Entnahme von Blut für die Wassermannsche Reaktion, daß trotz gleicher Technik und sterilem Vorgehen in ganz unkonntrollierbarer Weise Haemolyse eintritt. Auch die Entnahme mittelst Venüle schützt davor nicht. Gegen diesen störenden Vorgang kann man sich nach eigener Erfahrung nur dadurch schützen, daß man das Blut aus der gestauten Vene unmittelbar aus der Kanüle (also ohne Verwendung einer Spritze) in das Glasröhrchen abfließen läßt. Bei mehreren Hundert auf diese Weise entnommenen Blutproben zeigte das Serum keine Spur von Haemolyse. Es ist zu vermuten, daß die von den genannten Autoren beobachtete Haemolyse auf methodischen Fehlern beruhte.

Fassen wir unsere Stellungnahme zu den behandelten Problemen zusammen:

Die Bestrebungen, einzelne Krankheitsbilder des schizophrenen Formenkreises von vorwiegend katatonem Gepräge in Beziehung zu bringen zu charakteristischen körperlichen Veränderungen, sind nicht unberechtigt. Obligate Symptome des körperlichen Syndroms sind: eine kreislaufdynamische Störung, die das klinische Bild einer offenbar nicht kardial bedingten Zyanose hervorruft und durch Bestimmung der Blutumlaufzeit und des Minutenvolums noch weiterer Klärung bedarf, sowie eine mit Eindickung des Blutes einhergehende Permeabilitätsstörung. Fieber ist nur ein fakultatives Symptom und wahrscheinlich nicht immer einheitlicher Genese. Die Annahme von *K. F. Scheidt*, daß ein „spezifischer haemolytischer Prozeß" den zu beobachtenden Erscheinungen zu Grunde liege, kann nicht als bewiesen gelten. Sie ist nach den eigenen Untersuchungsergebnissen sogar unwahrscheinlich. Das Gesamtsyndrom ist im aetiologischen Sinn nicht spezifisch für eine bestimmte Krankheit, es wird neuerdings als Ausdruck einer Nebennierenschädigung bei verschiedenen toxischen Prozessen aufgefaßt. Seine Stellung im Rahmen der schizophrenen Prozesse ist noch nicht klar. Auffallend ist, daß es in seiner schwersten Form — bei der tödlichen Katatonie — in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle bei Frauen beobachtet wird. In leichterer Form tritt es vor allem bei stuporösen Katatonen auf, wobei das Geschlecht keine Rolle zu spielen scheint, aber häufig der Schizophrenie körperliche Störungen vorauszugehen scheinen. Die These, das Syndrom sei ein Grundsymptom der Schizophrenie, ein nur durch den schizophrenen Prozeß bedingtes körperliches Äquivalent der Psychose, ist nicht bewiesen.

IX. Über unspezifische somatische Veränderungen bei der Schizophrenie

Wie gezeigt werden konnte, sind die psycho-physischen Zusammenhänge bei der Schizophrenie noch sehr undurchsichtig und die zu beobachtenden körperlichen Veränderungen in ihrer pathophysiologischen Genese noch keineswegs ausreichend geklärt; eine Vorbedingung natürlich für die Lösung des erstgenannten Problems. Allein, wenn auch der Nachweis für spezifische körperliche Veränderungen vorläufig noch nicht als gelungen betrachtet werden kann, so sprechen die Beobachtungen, ähnlich wie die Untersuchungsergebnisse von *Gjessing*, bei denen es sich ja auch nicht um spezifische Stoffwechselstörungen handelt, doch für eine engere

Verflechtung von körperlichen und seelischen Symptomen bei der Schizophrenie, als man dies zum mindesten zeitweilig annahm. Immer aber stoßen wir, solange uns ein spezifisches körperliches Syndrom nicht bekannt ist, auf die schwierige Frage, ob ein bestimmtes Symptom auf den schizophrenen Prozeß oder auf eine zufällige Begleiterkrankung mit oder ohne Einfluß auf die Geistesstörung zurückzuführen ist.

Überblickt man nun ein größeres Material von Schizophrenien, so drängt sich einem im Hinblick auf den körperlichen Befund und weitgehendst unabhängig von der psychopathologischen Struktur der schizophrenen Prozesse eine Trennung in 2 Gruppen auf. Nämlich in eine solche, bei der zwingende Anhaltspunkte vorliegen, daß eine tiefergreifende somatische Erkrankung vorausging, und in eine zweite Gruppe, bei der dies nicht zutrifft.

Die körperlichen Veränderungen bei der ersten Gruppe, mit der wir uns nun beschäftigen wollen, sind allgemeiner Art, für deren Nachweis die Anwendung des „unspezifischen Status" nach *V. Schilling* dient. Das am leichtesten nachweisbare Symptom ist die Senkungsbeschleunigung, die deshalb von besonderer Wichtigkeit ist. Daneben können aber alle die Zeichen einer unmittelbar vorausgegangenen oder noch bestehenden körperlichen Erkrankung zu beobachten sein, die *Schilling* unter dem Begriff „unspezifischer Status" zusammenfaßt; also Temperatursteigerung, Vermehrung der Leukozyten, Linksverschiebung im Differentialbild, leichte Anaemie und dann in diesen Fällen auch eine Zunahme der Retikulozyten. Es handelt sich dabei nicht um Kranke, die das schon besprochene zyanotische Syndrom bieten und bei denen die angeführten Allgemeinsymptome auch beobachtet werden; auch nicht um Kranke, bei denen die Entwicklung der körperlichen und psychischen Symptome zeitlich in so enger Korrelation stehen wie dies *K. F. Scheidt* für seine febrilen Schübe bei Schizophrenien beschreibt. Es ist vielmehr die Regel, daß das akute Stadium des körperlichen Prozesses, gekennzeichnet durch Fieber oder auch nur allgemeines Krankheitsgefühl, im Sinne einer körperlichen Erkrankung dem psychotischen Prozeß vorauszugehen pflegt, so daß man in der Klinik dieses Stadium meist nicht mehr oder nur die innerhalb der ersten Tage abklingende Fieberphase beobachten kann, die Psychose in ihrem weiteren Verlauf aber den Charakter eines selbständigen Krankheitsprozesses gewinnt. Zieht man jedoch die feineren biologischen Reaktionen wie Senkungsbeschleunigung und weißes Blutbild zur Untersuchung heran, ist allerdings festzustellen, daß der körperliche Prozeß doch auf eine weite Strecke hin neben

dem psychotischen herläuft. Das Prinzip, daß der psychotische Prozeß die abklingende körperliche Phase überschneidet, bleibt aber insofern erhalten, als die Psychose trotz der allmählichen völligen Rückbildung der körperlichen Symptome den üblichen progredienten Verlauf einer Schizophrenie nehmen kann. Die Schwierigkeit in der Beurteilung dieser Krankheitsbilder zeigt folgendes Beispiel:

♀ G. 21 Jahre alt. Familienanamnese o. B. 14 Tage vor der Aufnahme in die Klinik während einiger Tage Klagen über Kopfbeschwerden und Müdigkeit. Beklemmungsgefühle in der Herzgegend. Der Hausarzt stellte die Diagnose Grippe. Psychisch für die Umgebung zunächst nicht weiter auffällig. 8 Tage später äußerte sie nach dem Besuch des Gottesdienstes zum ersten Male wahnhafte Beziehungsideen. Der Pfarrer habe über sie gesprochen. Dann setzte die rasche Entwicklung einer paranoiden Psychose ein. Dabei völlig besonnen.

In den ersten 3 Tagen nach der Aufnahme bestand abends Temperatursteigerung bis 38,1. Keine Menses. Während der ganzen weiteren Beobachtungsdauer, die sich vom 11. 12. 37—19. 3. 38 erstreckte, wurde keine interkurrente Erkrankung beobachtet. Keine Fieberperiode mehr. Die Senkung war bei der Aufnahme noch deutlich beschleunigt, sie betrug 21/46 und ging innerhalb der ersten 14 Tage zurück, obwohl sich im klinischen Bild gar nichts änderte. Die Ursache der körperlichen Erkrankung war durch die internistische Untersuchung nicht zu klären. Bei der Entlassung Mitte März zeigte die Pat. noch ein ausgesprochen läppisches Verhalten, wirkte flach und leer in ihren Affektäußerungen und besaß noch keine Krankheitseinsicht. Eine Distanzierung von den wahnhaften Erlebnissen war aber erfolgt und Sinnestäuschungen bestanden nicht mehr. Später soll eine noch weitergehende Remission eingetreten sein.

Die Beziehung der körperlichen Störung zu der Psychose soll hier noch nicht diskutiert werden. Es soll vorläufig nur über die klinischen Bilder, wie sie sich präsentieren, berichtet werden.

In dem geschilderten Krankheitsfall konnte in der Klinik die febrile Phase noch beobachtet werden. Es kommen aber nicht selten Psychosen zur Aufnahme, wo lediglich eine mehr oder weniger stark beschleunigte Senkung auf einen körperlichen Prozeß schließen läßt, wo weder subjektive Beschwerden vorausgegangen noch sonstige Anhaltspunkte für eine Erkrankung zu gewinnen sind. Dennoch kann aus der Senkungsbeschleunigung, die den übrigen Krankheitssymptomen etwas nachhinkt und in der Rekonvaleszenzzeit körperlicher Erkrankungen im Gegensatz zu den schon abgeklungenen eigentlichen Krankheitssymptomen, wie etwa Fieber, noch erhebliche pathologische Werte aufzuweisen pflegt, mit Bestimmtheit auf eine körperliche Störung geschlossen werden.

Besondere Beachtung verdienen Beobachtungen wie die folgende:

♀ H. 25 Jahre alt. Mutter an Tbc. gestorben. Ein Bruder Suicid. Eine Schwester in Fürsorgeerziehung. Pat. selbst bereitete ebenfalls Erziehungsschwierigkeiten. Wird als eigensinnig, launisch, dabei sexuell triebhaft, geschildert. Nach einer Kropfoperation im 20. Lebensjahr kurzdauernder psychotischer Zustand, der aber nicht zur Einweisung in eine psychiatrische Abteilung führte und, ohne Defekt zu hinterlassen, abklang. Die zur Aufnahme in die Klinik führende Psychose brach am Tage nach der Hochzeit aus. Am Hochzeitstage selbst soll sie noch ganz unauffällig gewesen sein. Gestand in der Hochzeitsnacht ihrem Ehemann, daß das bereits 2½ Jahre alte Kind möglicherweise nicht von ihm, sondern von einem Soldaten stamme. Am darauffolgenden Tag abrupte Entwicklung eines katatonen Zustandsbildes mit schwerster motorischer Unruhe, Zerstörungsdrang, Schreien, Aneinanderreihen unlogischer Satzverbindungen. Dabei wurden zeitweilig die Personen der Umgebung verkannt; sie war auch vorübergehend zeitlich desorientiert. Später konnte die Pat. angeben, daß sie plötzlich die Stimme ihres Vaters gehört habe, es habe sich ihr eine starke innere Erregung bemächtigt, sie habe gegen etwas Unbekanntes kämpfen müssen, eine klare Erinnerung habe sie nicht daran. Die Psychose klang im Verlauf von 3 Monaten ohne Defekt ab.

Bei der Aufnahme hatte sie eine Temperatur von 37,8, am darauffolgenden Tag 38,2, dann wurde die Temperatur normal. Die Senkung betrug bei der Aufnahme zwar nur 10/21, stieg aber an den folgenden Tagen rasch auf 32/64. Sie hielt sich während der ganzen Dauer der Psychose auf abnormen Werten, obwohl das psychische Zustandsbild mehrfach Intervalle psychischer Besserung bot, die immer wieder von schweren motorischen Erregungszuständen abgelöst wurde. Weder die Temperaturkurve noch der Bilirubinspiegel, noch die auch im Intervall der Besserung stets erhöhte Senkung folgten dem Rhythmus des psychischen Verlaufs. Die fortlaufende Blutkontrolle ergab auch nicht das schon besprochene zyanotische Syndrom. Führend blieben nur die Senkungserhöhung und das weiße Blutbild. Erst mit dem endgültigen Abklingen des psychotischen Schubs kehrten auch diese biologischen Reaktionen zur Norm zurück.

Sicherlich ist die Stellung der Psychose umstritten. Im Hinblick auf den psychischen Konflikt wäre sie vielleicht von manchen ohne Kenntnis der somatischen Veränderungen als „schizophrene Reaktion" bezeichnet worden; im Sinne *Kleists* wäre sie wohl als Motilitätspsychose aufzufassen. Vom erbbiologischen Standpunkt aus kann sie als „symptomatische endogene Psychose" (*Luxenburger*) klassifiziert werden. Eine symptomatische Psychose mit exogenem Reaktionstyp war es dem klinischen Bild nach nicht. Wesentlich in diesem Zusammenhang ist, daß dem Ausbruch der Psychose zweifellos eine körperliche Störung vorausging, die durch die abklingende Fieberreaktion bei der Aufnahme und die daran im Anschluß sich entwickelnde Senkungsbeschleunigung als erwiesen betrachtet werden kann. Die Natur der körperlichen Erkrankung ließ sich nicht nachweisen, ein krankhafter Organbefund war nicht zu erheben. Es ist aber wahrscheinlich, daß es sich um eine infektiöse Erkrankung handelte.

Im Jahre 1935 wurde eine 27jährige Kranke in einem akut psychotischen Zustand im Sinne einer Hebephrenie aufgenommen und konnte über ein Jahr beobachtet werden. Während dieser Zeit war ein unzweifelhaft schizophrener Zerfall der Persönlichkeit festzustellen, so daß sie einer Anstalt überwiesen wurde.

Bei dieser Pat. betrug die Senkung bei der Aufnahme 55/90, war also für eine Schizophrenie ungewöhnlich hoch. Die Senkungsreaktion wurde während des 14monatigen Aufenthaltes in der Klinik insgesamt 18 mal kontrolliert. Der niederste Wert betrug 25/46, bei der Verlegung in die Anstalt war er wieder auf 44/78 gestiegen. Die Pat. hatte kein Fieber, keinen, auch nicht röntgenologisch faßbaren pathologischen Organbefund. Sie nahm sogar um 10 Kilo an Gewicht zu. Die durch die Senkungsbeschleunigung erwiesene körperliche Störung konnte nicht geklärt werden.

Man kann diese Krankheitsbilder so oder so klassifizieren; nicht zu bestreiten ist, daß sich unter ihnen Psychosen befinden, die man ohne Kenntnis der Blutveränderungen unbedenklich als Schizophrenie ansprechen würde; nicht zu bestreiten ist aber auch, daß wir noch weit davon entfernt sind, die Zusammenhänge zwischen körperlichen Veränderungen und Psychose ätiologisch und pathogenetisch zu verstehen und daß eine Erklärung etwa des Inhalts, durch eine körperliche Erkrankung seien schizophrene oder zyklothyme Anlagen manifest geworden, noch eine sehr inhaltsarme Formulierung des Problems bedeutet.

Eine systematische Untersuchung dieser Gruppe bei schizophrenen Psychosen, bei denen eine körperliche Störung zu Beginn, und wie sich in einzelnen Fällen nachweisen läßt, vor Ausbruch der psychotischen Symptome, zu beobachten ist, wird sich natürlich zunächst mit der zahlenmäßigen Häufigkeit befassen.

Im April 1935 wurde zu dieser Frage auf Grund eigener Untersuchungen in einer Arbeit über „die Bedeutung der Senkungsreaktion in der Psychiatrie und Neurologie" Stellung genommen. Es existieren zwar über dieses Symptom auch aus früherer Zeit zahlreiche, zum Teil in ihren Ergebnissen sehr divergierende Arbeiten. Besondere Beachtung konnte aber in der Psychiatrie bis heute weder die Senkungsreaktion, noch die hämatologische Untersuchung erlangen. Die meisten Arbeiten legen auf die differentialdiagnostische Bedeutung des Symptoms gegenüber anderen Psychosen Wert, was dem Sinn einer so unspezifischen Reaktion aber widerspricht. Als Symptom einer körperlichen Störung ist jedoch die Senkungsreaktion bei der Betrachtung endogener Psychosen von großer theoretischer Bedeutung.

Bei einer nochmaligen Überprüfung der Frage, wie häufig im Beginn einer Schizophrenie ein Anhaltspunkt für körperliche Störungen vorhanden ist, wurde nicht allein die Senkungsreaktion, sondern auch der Nachweis von Temperatursteigerung vor oder in den ersten Tagen der Psychose berücksichtigt.

Zur Durchsicht wurden 200 Kurven, die von je 100 weiblichen und 100 männlichen nicht ausgewählten Schizophrenen stammen, herangezogen.

Die Zusammenstellung ergibt folgendes Bild:

	Temp. mit S. B. %	Temp. ohne S. B. %	S. B. ohne Temp· %	Gesamt
Frauen . . .	14	7	21	42%
Männer . .	8	2	9	20%

Als pathologisch wurde eine Senkungsbeschleunigung von über 10 mm bei Männern und über 15 mm nach Westergren bei Frauen bewertet.

Auffallend ist, wie auch bei der Mortalität akuter Katatonien, die Tatsache, daß bei Frauen das Syndrom „Temperaturerhöhung und Senkungsbeschleunigung“ viel häufiger im Beginn einer Schizophrenie zu beobachten ist als bei Männer. Die Abweichung von der Norm ist bei beiden Reaktionen nur mäßig; in allen Fällen handelte es sich um subfebrile Temperaturen und eine Senkungsbeschleunigung über 30 mm wurde nur bei 3 Frauen beobachtet. Wichtig ist ferner, daß die Zahl der Fälle mit nur beschleunigter Senkung bei Männern und Frauen gegenüber denen mit Temperatursteigerung und Senkungsbeschleunigung und mit Temperatursteigerung allein überwiegen. Es ist wahrscheinlich, daß das febrile oder subfebrile Stadium bei diesen Kranken bei der Aufnahme in die Klinik schon abgeklungen war und daß bei denen, die nur eine subfebrile Temperatursteigerung hatten, das Stadium der Senkungsbeschleunigung nachfolgte. Aber leider wurde nur bei einer geringen Anzahl von Kranken eine fortlaufende Senkungskontrolle durchgeführt, wenn die Senkung bei der Aufnahme trotz Temperatursteigerung normal war.

Die meisten Autoren, die sich mit der Frage der S. B. bei der Schizophrenie befassen, betonen, daß nur solche Fälle in Betracht zu ziehen seien, bei denen eine organische Erkrankung nicht vorliege. Dieser Auffassung liegt natürlich der Gedanke zugrunde, daß nur unter diesem Umstand die erhöhte Senkung in Beziehung mit der Schizophrenie gebracht werden könne. Diese Schluß-

folgerung ist aber nicht berechtigt. Denn selbstverständlich liegt auch den Fällen mit erhöhter Senkung und evtl. subfebriler Temperatur, bei denen die Ursache dieser Symptome nicht zu eruieren ist, irgend eine organische Störung zugrunde. Daß im Einzelfalle die Ursache nicht zu klären ist, berechtigt aber nicht zu der Annahme, daß es sich um eine bis jetzt nicht bekannte Krankheit, womöglich um ein unmittelbares organisches Symptom des schizophrenen Prozesses handle. Die somatische Störung macht ihren Symptomen nach ja meist nicht den Eindruck einer schweren Erkrankung, sie ist bei der Aufnahme schon im Abklingen begriffen und wird von dem Patienten oder der Umgebung namentlich unter dem Eindruck der nachfolgenden psychischen Erkrankung nicht beachtet. Gröbere organische Veränderungen sind also gar nicht zu erwarten und unzugängliche Herde können, vor allem bei akut psychotischen Patienten, auch einer sorgfältigen klinischen Untersuchung entgehen.

In der Minderheit der Fälle gelingt es freilich, sei es durch den Befund, sei es durch charakteristische anamnestische Angaben, Anhaltspunkte für die mögliche Ursache der S. B. zu gewinnen, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist dies aber nicht möglich. Ob wir aber sagen können, daß in einem Falle dem Ausbruch der Psychose eine Angina und im anderen eine körperliche Störung mit den allgemeinen Symptomen einer subakut verlaufenden Infektion vorausging, deren spezielle Diagnose aber nicht möglich war, bedeutet für die Problematik dieser Gruppe von Schizophrenien vorerst keinen prinzipiellen Unterschied.

Das Problem betrifft zunächst die Frage, ob diese mit relativ geringfügigen Symptomen einhergehende somatische Störung überhaupt in eine nähere Beziehung zu der Psychose gebracht werden darf, oder ob es sich lediglich um eine zufällige Begleiterscheinung handelt. Die zahlenmäßige Häufigkeit spricht nun allerdings gegen eine völlige Bedeutungslosigkeit dieser initialen körperlichen Störung. In der schon erwähnten früheren Arbeit konnte z. B. festgestellt werden, daß bei nichtpsychotischen und nicht-organneurologischen Kranken (Debile und Psychopathen) eine erhöhte Senkung nur in 9,8% zu beobachten war. Schwere psychotische Zustände nach scheinbar geringfügigen körperlichen Störungen, die aber einer Klärung zugänglich sind, sprechen doch dafür, daß unter besonderen und allerdings noch unbekannten Umständen, von ihnen eine erhebliche toxische Wirkung ausgehen kann.

♂ M. 42 Jahre alt. Keine Psychose in der Familie. Vorgeschichte o. B. Praemorbide Persönlichkeit: unsicherer, zu Minderwertigkeitskomplexen und zwangsneurotischen Pedanterie neigender Psychopath. Während einer Reserveübung gastrointestinale Störung mit Durchfällen, die ihn aber nicht ernstlich in der Ausübung seines Dienstes hinderten und ihn körperlich nicht nennenswert beeinträchtigten. Die Störung war bereits im Abklingen, als er zu beobachten glaubte, daß Kameraden über ihn tuschelten und abfällige Bemerkungen über seine militärischen Fähigkeiten machten. Er zog sich von dem abendlichen kameradschaftlichen Zusammensein zurück. Wurde aber in der Nacht von „Stimmen" gequält, die ihn beschimpften. Nennenswerter Alkoholgenuß hatte angeblich nicht stattgefunden. Ging am andern Morgen, allerdings voller Mißtrauen und in einer schwer paranoiden Haltung zum Dienst. Deutete sofort eine Besprechung der Offiziere zwecks Diensteinteilung wieder in dem Sinne um, daß man sich über seine mangelhafte militärische Eignung unterhalte. Hörte Gesprächsbrocken wie „der Schulmeister" (im Zivilberuf ist er Gewerbelehrer) „Dilettant". Stürzte sich auf seine völlig ahnungslosen Kameraden und bedrohte sie mit der Waffe. Wurde mit Gewalt in das Standortlazarett gebracht, von wo aus er dem Zustande schwerster Erregung in die Klinik eingeliefert wurde. Die Psychose klang innerhalb von 8 Tagen ohne besondere Maßnahmen völlig ab. Die Katamnese ergab, daß er sich an die Ereignisse gut erinnerte und nicht etwa in einem deliranten Zustand gehandelt hatte. Die rasche Entwicklung paranoider Ideen und der Einbruch massenhafter Sinnestäuschungen — „es klang nur so in meinen Ohren" — und seine ganze Handlungsweise waren ihm völlig rätselhaft.

Der körperliche Befund ergab in den ersten beiden Tagen subfebrile, aber rasch zur Norm zurückkehrende Temperatursteigerung, der Pat. hatte auch in diesen Tagen noch Durchfall, bot aber keineswegs etwa das Bild einer schwer toxischen Enteritis. Die bakteriologische Untersuchung hatte ein negatives Ergebnis. Die Senkung stieg naturgemäß auf 12/28 als Höchstwert an, am auffallendsten war aber in diesem Falle die Veränderung des weißen Blutbildes. Dieses zeigte bei hochnormalen Leukozytenwerten eine mäßige Linksverschiebung, vor allem aber eine hochgradige Veränderung der Granulation der Neutrophilen. Dieses als „toxische Granulation" bekanntes Symptom war in diesem Falle so ausgeprägt, daß man trotz des kaum beeinträchtigten Allgemeinbefindens an erhebliche toxische Einflüsse denken und die psychotische Störung mit der gastrointestinalen Erkrankung in Zusammenhang bringen mußte. Natürlich ist die Pathogenese der Psychose damit nicht erschöpfend erklärt. Eine Ableitung des psychotischen Zustandes aus der psychologischen Situation allein ist aber entschieden abzulehnen. Als Beispiel dafür, daß auch klinisch scheinbar leichte körperliche Störungen zu ernsten psychotischen Komplikationen führen können, scheint diese Beobachtung doch eine gute Illustration zu sein. Ähnliche Fälle kurzdauernder psychotischer Zustände nach einer vorausgegangenen Infektion und toxischer

Schädigung von eher schizophrenem Gepräge als von dem der exogenen Reaktionstypen konnten im Laufe des letzten Jahres mehrfach beobachtet werden, nur war die Art der körperlichen Störung bei keinem Patienten so eindeutig zu klären wie in dem beschriebenen Krankheitsfalle. Man darf überzeugt sein, daß bei den sog. „schizophrenen Reaktionen" häufiger eine körperliche Störung eine Rolle spielt, als dies im allgemeinen angenommen wird. Nur müssen natürlich entsprechende Untersuchungen stattfinden.

Gestützt auf diese klinischen Erfahrungen kann daher nicht ohne weiteres behauptet werden, daß die bei Schizophrenen ebenfalls in nicht unbeträchtlicher Zahl zu beobachtenden initialen körperlichen Störungen ihrer Harmlosigkeit wegen belanglos für die Pathogenese der Psychose seien. Auch wenn es sich um eine bekannte Erkrankung, z. B. um eine Angina handelt, wäre es voreilig, in einem speziellen Fall deshalb einen Zusammenhang zwischen körperlicher Erkrankung und Psychose abzulehnen, weil bei der überwiegenden Mehrzahl von anginösen Erkrankungen ein solcher Zusammenhang nicht besteht. Nur in einem ganz geringen Prozentsatz kommt es z. B. nach Angina zu einer Chorea, einem Gelenkrheumatismus oder einer Nephritis und dennoch zweifelt man in diesen Fällen an einem Zusammenhang nicht. Dieser Zusammenhang kann darin bestehen, daß die initiale Erkrankung spezifischer Natur ist, was bis jetzt nicht nachzuweisen ist, oder daß sie infolge der individuellen biologischen Reaktionsart eine besondere, in unserem Falle, psychotische Störungen auszulösen vermag. Diese individuelle Eigenart kann auf erworbene Bedingungen, z. B. allergischer Natur, oder auf genetisch bedingte Faktoren zurückzuführen sein.

Man erinnert sich in diesem Zusammenhang an die durch die Zwillingsuntersuchungen nachgewiesene Manifestationswahrscheinlichkeit der Schizophrenie. Sowohl aus praktischen Gründen als auch aus wissenschaftlichem Interesse wäre es wünschenswert, ein ausreichend großes Material der beschriebenen Fälle schizophrener Störungen nach erbstatistischen Grundsätzen zu bearbeiten. Es ist unwahrscheinlich, daß bei den früheren Untersuchungen diese Gruppe genügende Beachtung erfuhr, und zwar einfach deshalb, weil sie objektiv nicht erfaßt werden konnte. Es ist auch wahrscheinlich, daß infolge einer gewissen Unsicherheit in der Bewertung einer solchen initialen körperlichen Störung, namentlich wenn sie klinisch stärker in Erscheinung tritt, die Diagnose Schizophrenie nur mit Vorbehalt gestellt oder, sicher voreilig, von einer „exo-

genen" Schizophrenie oder gar einer symptomatischen Psychose gesprochen wird. Je unwahrscheinlicher es ist, daß es sich bei diesen symptomatischen Störungen um eine spezifische Erkrankung, um ein unmittelbares körperliches Syndrom des schizophrenen Prozesses selbst handelt, sondern die Annahme einer unspezifischen somatischen Störung — wahrscheinlich infektiös toxischen Charakters — nahe liegt, umso größeres Gewicht ist auf die individuelle Reaktionsbereitschaft zu legen, deren genetische Anlage wir bei der Schizophrenie annehmen müssen.

Bemerkenswert und ergänzend nachzutragen ist, daß der psychischen Krankheitsform nach die paranoid-halluzinatorischen Krankheitsbilder in dieser Gruppe überwiegen und daß es sich durchweg um akut oder subakut einsetzende Psychosen handelt. Betont wurde schon, daß im weiteren Verlauf die Psychose ihren Zusammenhang mit der initialen körperlichen Störung verliert. Temperaturkurve und Senkung, letztere allerdings meist und gelegentlich sogar sehr viel später als erstere, kehren zur Norm zurück, während die schizophrene Störung über Monate hinaus bestehen bleiben, dann zur Remission oder auch zu progressivem Persönlichkeitszerfall führen kann. Dadurch, daß bei uns alle frisch erkrankten Schizophrenien einer Insulinschock- oder Insulin-Cardiazolbehandlung unterworfen werden, wird die Beobachtung der körperlichen Symptome während des weiteren Krankheitsverlaufs allerdings so beeinträchtigt, daß eine eindeutige Stellungnahme in dieser Hinsicht nicht möglich ist. Bei einer Bearbeitung des Materials im Hinblick auf die therapeutische Wirkung der Insulinbehandlung wird aber diese Gruppe besondere Berücksichtigung erfahren müssen.

Wir müssen eingestehen, daß die gesicherten Kenntnisse über die Beziehung zwischen initialer körperlicher Erkrankung und schizophrener Psychose noch sehr dürftig sind und daß von einem Beweis für die eine oder andere Ansicht hinsichtlich der Bedeutung oder der Belanglosigkeit der zeitlichen Korrelation noch keine Rede sein kann. Bei den geringen Angriffsflächen, die aber bis jetzt die Schizophrenie für unsere klinischen Untersuchungsmethoden bietet, bei der Häufigkeit der beschriebenen Korrelation und nicht zuletzt auch bei der praktischen Bedeutung, die diese Fälle gewinnen, verdienen sie unsere besondere Beachtung.

X. Die Bedeutung des „unspezifischen Status" insbesondere der weißen Blutbilder

Das Kernproblem einer somatischen Schizophrenieforschung, der Nachweis spezifischer somatischer, Veränderungen wird durch die erzielten Untersuchungsergebnisse nicht entscheidend geklärt. Mit der gebotenen Kritik betrachtet, können die auf eine Leberfunktionsstörung zurückgeführten pathophysiologischen Befunde *Gyessings*, sowie die hier eingehender geschilderten somatischen Veränderungen bei Katatonien und anderen Formen der Schizophrenie nicht als krankheitsspezifisch bezeichnet werden. Durch die Zusammenfassung einzelner körperlicher Allgemeinsymptome — wie Temperatursteigerung, Senkungsbeschleunigung, Neigung zu peripherer Kreislaufschwäche — zu Syndromen lassen sich Gruppen schizophrener Krankheitszustände bilden, die durch die somatischen Symptome eine charakteristische und auch praktisch nicht unbedeutende Note bekommen.

Pathogenese und kausale Bedeutung dieser Syndrome sind aber noch längst nicht geklärt. Man darf auch nicht vergessen, daß immer noch bei der Mehrzahl der Schizophrenien der Nachweis dieser somatischen Veränderungen nicht gelingt. Schon aus diesem Grunde verbietet sich eine Verallgemeinerung der durch das Studium einzelner Sondergruppen gewonnenen Schlüsse. Überraschend bleibt aber doch die heute schon erkennbare vielfältige Verflechtung körperlicher und psychischer Symptome in der Psychose. Im Hinblick auf die eingangs aufgestellten Ziele ist es daher notwendig, konsequent und systematisch unsere Kenntnisse zu vertiefen. — Eine Frage des Fortschritts in diesem Sinne ist nicht zuletzt auch eine Frage der zur Verfügung stehenden Methodik. Zurzeit muß man eher noch von einem Abtasten des Forschungsterrains als von seiner wirklichen Durchdringung sprechen[1]). Eine solche Methode ist die Untersuchung des weißen Blutbildes. Ihre Bedeutung ist im vorliegenden Zusammenhang bis jetzt nur gestreift worden. Es ist ein relativ einfaches Verfahren, aber für den Kenner sehr aufschlußreich. Bei den schizophrenen Psychosen, die keines der schon besprochenen Symptome bietet, bei denen Temperatur- und Pulsregularität, normale Senkung und normaler Organbefund bestehen, kann das weiße Blutbild noch deutliche Ausschläge

[1]) Eine so allgemeingültige Untersuchungsmethode wie sie z. B. die Blutzuckerbestimmung für den Diabetes mel. darstellt, kennen wir für die Schizophrenie vorläufig nicht, wir sind auf wesentlich bescheidenere Methoden angewiesen.



geben. Daß dies bei den akuten Katatonien und bei den Schizophrenien, die in ihrem Beginn Zeichen infektiöser-toxischer Einflüsse zeigen, oft in sehr ausgeprägtem Maße beobachtet werden kann, ist nicht verwunderlich. Daher konnte *L. C. Bruce* auch schon im Jahre 1904 bei akuten Psychosen, die er allerdings nicht nach unserer heutigen Systematik differentialdiagnostisch trennte, durch die quantitative Untersuchung der Leukozyten auf Zusammenhänge zwischen seelischen und körperlichen Symptomen bei Geistesstörungen hinweisen. Inzwischen erfuhr die Hämatologie durch Entwicklung einer qualitativen Untersuchungsmethodik eine wesentliche Bereicherung. Eine recht stattliche Anzahl von Arbeiten über Veränderung des weißen Blutbildes bei der Schizophrenie ist auch bereits erschienen (*Carriere*, *Sagel* u. a.). Zum Teil wurden auch auf Grund des hämatologischen Befundes Hypothesen über die Ätiologie der Schizophrenie aufgestellt. Man deutete die Ergebnisse als Ausdruck einer chronischen Infektion oder als Beweis einer Intoxikation. Zum Teil wurde die Methodik auf Grund ungenügender Kenntnisse über ihre Reichweite mit der Hypothek eines differentialdiagnostischen Mittels innerhalb der endogenen Psychosen belastet. Unkritische Verwertung diskreditierte ihre Bedeutung. Im besten Falle kann durch den Nachweis hämatologischer Veränderungen ein allgemeiner Hinweis dafür gewonnen werden, daß körperliche Faktoren während einer schizophrenen Psychose wirksam sind. Der bei allen uns heute zur Verfügung stehenden Verfahren grundsätzlich immer mögliche und auch tatsächlich erhobene Einwand, die beschriebenen Blutveränderungen seien nicht auf die Schizophrenie sondern auf eine Begleiterkrankung zurückzuführen — meist wird auf eine fokale Infektion hingewiesen — ist nicht widerlegbar. Ohne weiteres wird man auch absehen von älteren Schizophrenien, weil ja anzunehmen ist, daß etwa $\frac{1}{3}$ von ihnen an einer aktiven Tuberkulose leidet. Im übrigen gleicht die grundsätzliche Stellung der Blutbilder etwa der der Senkungsbeschleunigung, es übertrifft diese aber an Feinheit und Differenziertheit. Es wurde schon erwähnt, daß das Blutbild noch Veränderungen bei schizophrenen Prozessen anzeigt, wo die andern unspezifischen Untersuchungsverfahren versagen. Auf die quantitativen Veränderungen wurde, wie schon erwähnt, von *Bruce* zu Beginn des Jahrhunderts hingewiesen. Sie spielen vor allem bei akuten Katatonien eine Rolle, bei chronisch verlaufenden Formen wird eine Leukozytenvermehrung nicht beobachtet. Die qualitative Hämatologie nach *Arneth*, die auch bei normalen Leukozytenzahlen pathologische Prozesse nachweist, war ein wesentlicher

Fortschritt und wurde ja Gemeingut aller klinischen Disziplinen der Medizin mit Ausnahme der Psychiatrie.

Für wissenschaftliche Zwecke ist aber eine Differenzierung des weißen Blutbildes nach dem *Schilling*schen Schema allein nicht ausreichend, weil dieses vereinfachte Verfahren zur Erfassung aller im weißen Blutbild sich an den verschiedenen Zellsystemen abspielenden pathologischen Vorgänge unzureichend ist. Vor allem wird dabei die pathologische Granulierung der Neutrophilen nicht berücksichtigt. Eingehende eigene hämatologische Studien ließen aber erkennen, daß diese pathologische Granulation ein recht auffallendes Merkmal des schizophrenen Blutbildes ist.

Ein Beispiel:

♀ N. 32 J. Psychisch seit einigen Wochen auffällig durch Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen, physikalische Beeinflussungsgefühle, paranoide Angstreaktionen, affektiv schwer versandet, reagiert ganz inadaequat auf den Tod ihres Mannes, dabei völlig besonnen und orientiert.

Datum	Zahl der Weißen	stab gr.	stab ø gr.	segm. gr.	segm. ø gr.	Lymp.	Mono.	Eo.	Baso	
22. 3.	7200	4	6	18	36	22*	19	2	1	*Plasmazellen path. Gran. stark ausgeprägt.
1. 4.	6350	5	5	14	35	29	9	3	—	
15. 4.	4200	1	6	9	32	42*	5	5	—	*) Vakuolenbildung an den Mono.
12. 5.	5400	0	5	2	52	34	8	5	1	
28. 5.	5700	0	3	3	55	29	6	3	1	in guter Remissission entlassen.

Bemerkenswert sind an diesem Blutbild neben der Linksverschiebung im Sinne *Arneth*s die ausgeprägte pathologische Granulierung, die sich während des günstigen Verlaufs des Schubs allmählich zurückbildete, die lebhafte Reaktion der Lymphozyten und die Veränderung an den Monozyten.

Da es für wissenschaftliche Untersuchungen unbedingt erforderlich ist, daß der Arzt selbst die Differenzierung der Blutbilder vornimmt, erfordert naturgemäß die Beschaffung eines für statistische Untersuchungsreihen hinreichend großes Material geraume Zeit. Unter 27 fortlaufend hämatologisch untersuchten Schizophrenen waren 18 Pat. die der katatonen Gruppe angehörten und sämtlich im Verlauf der Psychose eine Senkungsbeschleunigung zeigten. Es handelt sich bei dieser Gruppe um eine absichtliche Auslese.

Die 9 andern Pat. zeigten keine Anomalien des körperlichen Befundes, des roten Blutbildes und der Senkung. Unter ihnen wiesen 5 deutliche Veränderungen des weißen Blutbildes bei sonst negativem körperlichen Befund auf. Die charakteristischen hämatologischen Symptome bestehen neben geringer oder auch fehlender Linksverschiebung vor allem in einer Vermehrung der patholog. granulierten Leukozyten, dem Auftreten von Plasmazellen unter den Lymphozyten und von Vakuolenbildung an den Monozyten. Die letztere Veränderung, die meist nicht zu Beginn der Erkrankung, sondern erst im Verlauf zu beobachten ist, kann möglicherweise durch die Insulinschockbehandlung hervorgerufen worden sein, für die übrigen Veränderungen trifft dies nicht zu. Sie sind zu Beginn des Schubes viel ausgeprägter als während einer Insulinkur.

Aus der Literatur ist zu ersehen, daß der Engländer *H. C. Beccle* vor einiger Zeit ebenfalls auf das Vorkommen der pathologischen Granulierung der Neutrophilen hinwies. Es wurde ihm entgegengehalten, daß schon die Verabreichung von Narkotika ausreiche, um dieses Symptom hervorzurufen. Dieser Einwand kann nicht als stichhaltig anerkannt werden, denn nach den eigenen Beobachtungen ist die Granulierung auch schon zu Beginn der Psychose nachweisbar und geht trotz dauernder Anwendung von Schlafmitteln häufig zurück.

Die funktionelle Bedeutung dieser Granulation der Neutrophilen ist noch nicht geklärt, sie ist aber pathognomisch für toxische Zustände, meist im Verlauf von Infektionskrankheiten. Es ist daher unwahrscheinlich, daß die Blutbildveränderungen auf zentrale Regulationsstörungen im Sinne von *Hoff*, sondern als Ausdruck eines toxischen Prozesses aufzufassen sind. Um ein krankheitsspezifisches Symptom handelt es sich ebenfalls nicht und zweifellos wäre z. B. ein fokaler Infekt in der Lage, die Veränderungen hervorzurufen. Seine Bedeutung für die schizophrene Störung kann auf Grund des vorliegenden Materials noch nicht genügend umrissen werden. Eine Abgrenzung bestimmter psychopathologischer Typen dürfte nicht möglich sein. Das Differentialblutbild dürfte aber das körperliche Symptom sein, das am häufigsten in enger Korrelation mit dem psychotischen Verlauf steht.

Unter Berücksichtigung dieses hämatologischen Symptoms und der andern allgemein bekannten Reaktionen des weißen Blutbildes, sowie der sonstigen Untersuchungsverfahren des unspezifischen Status kommt man zu einem recht hohen Prozentsatz (wahrscheinlich über 50%) von Schizophrenien, bei denen zu Beginn und im

Verlauf der Psychose humorale Veränderungen nachweisbar sind. Zu betonen ist allerdings, daß ihnen sämtlich ein krankheitsspezifischer Charakter nicht zugesprochen werden kann; es handelt sich aber um Veränderungen, wie wir sie aus der allgemeinen Pathologie bei toxischen und nicht bei blanden degenerativen Prozessen kennen.

Es ist naheliegend, die hämatologischen Veränderungen mit den Untersuchungsergebnissen von *K. F. Meyer* über das retikulo-endotheliale System bei der Schizophrenie in Zusammenhang zu bringen. Dieser Autor versuchte, sich durch Bestimmung der Speicherungsfähigkeit für Kongorot und durch Anwendung der Kantharidenblasenmethode nach *Kaufmann* Einblick in den funktionellen Zustand des retikulo-endothelialen Systems zu verschaffen. Seine Ergebnisse mittelst der Kongorot-Methode wurden namentlich durch italienische Autoren nachgeprüft und im wesentlichen bestätigt. Die erhobenen Befunde werden im Sinne einer Blockierung des r. e. Systems durch giftige Stoffwechselprodukte gedeutet. Abnorme Veränderungen wurden bei allen frischen, noch im Prozeß stehenden schizophrenen Psychosen beobachtet. Ob man der Deutung der Befunde zustimmen will oder nicht, so verdient doch die in einem hohen Prozentsatz frischer Schizophrenien nachgewiesene Speicherungsschwäche für Kongorot großes Interesse, weil dieser Befund eine weitere Stütze für die Auffassung der Schizophrenie als einer primär somatischen Störung ist. Allerdings wird es zweckmäßig sein, auch bei Anwendung dieser Untersuchungsmethode zu berücksichtigen, daß ein nicht unerheblicher Teil frischer Schizophrenien einen positiven unspezifischen Status zeigt, der als Hinweis für eine körperliche, von der Psychose zunächst unabhängige Erkrankung aufgefaßt werden könnte. Bemerkenswert ist aber gerade das von anderen Autoren im wesentlichen bestätigte Untersuchungsergebnis, daß alle oder fast alle frischen Schizophrenien gleichsinnig im Kongorotversuch reagieren. Dies kann von allen anderen pathophysiologischen Störungen, die wir bis jetzt kennen, nicht behauptet werden.

Bei eigenen Untersuchungen wurde die Kongorot-Methode in der Absicht angewandt, den Einfluß der Insulinschockbehandlung auf die Speicherfähigkeit des R. E. S. zu untersuchen. Dabei wurde bis jetzt in 13 Fällen von akut schizophrenen Psychosen der Kongorot-Index bestimmt. Eine sichere pathologische Erhöhung des Index (> 70%) wurde zunächst nur in 10 Fällen beobachtet. Bei einem Patienten wurde später allerdings die Diagnose Schizophrenie fallen gelassen. Eine regelmäßige Kontrolle des K. J. während

einer Insulinschockkur war aus äußeren Gründen bis heute nur in 3 Fällen möglich. Bei zwei Patienten war der K. J. von Anfang an nur mäßig erhöht (77%) und hielt sich trotz erfolgreicher Insulinbehandlung und Rückbildung der psychischen Symptome über 70%. Dagegen spiegelt der K. J. im dritten Falle den Verlauf der Psychose gut wieder.

♂ D. 28 J. Dauer der Psychose nach zuverlässiger Anamnese 3—4 Wochen. Zur Zeit der Aufnahme typische Sprachverworrenheit, Beziehungs- und massive körperliche Beeinträchtigungsgefühle. Körperlicher Befund o. B. Senkung normal, haematologischer Befund zeigt mäßige Linksverschiebung und deutliche pathologische Granulation. Bilirubin 0,5 mgr %. Urobilinogen negativ.

Datum	Leuko	Senkung	K. J. %	Bemerkungen
12. 12. 38	5580	7/19	88,2	akut psychot. Zustand ungeordnet.
14. 12. 38	4950	8/17	87	unverändert. Beginn mit Insulin.
8. 1. 39	5320	10/21	78	5 Vollschocks. Äußerlich geordneter, aber noch unverändert psychotisch.
15. 2. 39	7480	6/15	91	Seit einigen Tagen zeitlich im Zusammenhang mit der Periode Rückfall. Gespannt u. erregt.
12. 3. 39	7200	7/16	80	Sich anbahnende Remission. Viel kontaktfähiger.
4. 4. 39	7180	7/16	72	Krankheitseinsicht. Insulinkur abgebrochen.

Für die Beurteilung einer Insulinkur dürfte die Methode keine praktische Bedeutung erlangen, da für die therapeutische Wirkung einer Behandlungsmethode das klinische Bild entscheidend bleiben wird. Die theoretische Bedeutung der Methode ist aber nicht zu vernachlässigen.

Soweit die Kongorotmethode bei anderen Krankheiten zur Anwendung kam, konnten bei akuten und chronischen Infektionen mit Allgemeinstörungen, bei schwerer Kreislaufinsuffizienz und insbesondere bei Lebererkrankungen pathologische Werte festgestellt werden. Um einen krankheitsspezifischen Befund handelt es sich also nicht, dagegen wird — allerdings nicht generell — eine erhebliche Beeinträchtigung der Speicherfähigkeit für Kongorot als Schädigung des r. e. S. aufgefaßt. Durch welchen Prozeß das Phänomen bei der Schizophrenie zustande kommt, ist noch nicht geklärt.

XI. Die Bedeutung der Gewichtskurve

So unvollkommen eine Arbeit über somatische Veränderungen bei der Schizophrenie notgedrungen auch heute noch sein muß, so wäre es doch nicht gerechtfertigt, das Verhalten des Körpergewichts und die damit zusammenhängenden Probleme nicht zu berücksichtigen. Es handelt sich dabei freilich um eines der allgemeinsten und gänzlich unspezifischen Symptome, um ein Symptom des schizophrenen Prozesses, das schon immer den Psychiatern auffiel. *Bleuler* wies schon in seiner ersten Monographie über die Schizophrenie auf die Erfahrungstatsache hin, daß eine Gewichtszunahme bei gleichzeitig ungünstiger Entwicklung des psychischen Zustandes als ein Zeichen schlechter Prognose zu werten ist. Neuerdings wurde im Hinblick auf die regelmäßige Gewichtszunahme bei erfolgreichen Insulinkuren dem Verhalten des Körpergewichts wieder mehr Beachtung geschenkt (*v. Braunmühl*, *Müller*).

Uns interessiert zunächst mehr die fast regelmäßig zu beobachtende progrediente Gewichtsabnahme, die nach den anamnestischen Angaben unserer Pat. oder ihrer Angehörigen vor dem Ausbruch eindeutiger psychotischer Symptome beobachtet wird. Diese initiale Gewichtsabnahme betrifft nicht nur Pat. die sich unter dem Einfluß ihrer psychotischen Erlebnisse im Zustande einer dauernden Unterernährung halten. Es handelt sich mit anderen Worten nicht um ein primär rein kalorisches Problem. Dies geht auch aus dem Verlauf der Gewichtskurve bei Insulinpatienten hervor. Ein instruktives Beispiel ist folgende Beobachtung:

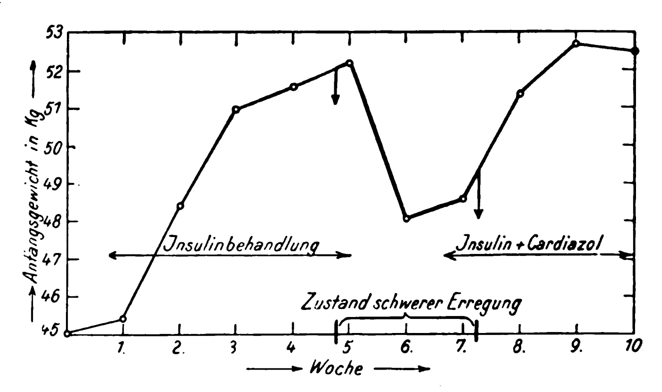
♀ H. 39 J. Der schizophrene Prozeß läuft mindestens seit 1929. Seit 1933 ist die Pat. nicht mehr berufsfähig, kann aber zur Not in der Familie gehalten werden. Seit einigen Monaten leidet die Pat. wieder vermehrt unter massiven körperlichen Beeinflussungsgefühlen, wird mit Bestrahlungsapparaten aus der Nachbarschaft gequält. Gedankenentzug. Auch zahlreiche akustische Sinnestäuschungen. Ist aber doch noch gut komponiert, kontaktfähig und völlig besonnen. Eine Insulinkur wird durchgeführt in der Erwartung, die Sinnestäuschungen und die physikalischen Beeinflussungsgefühle wenigstens teilweise zum Verschwinden zu bringen.

Gewichtstabelle:

Aufnahmegewicht	52,6	
25. 3.	56,0	
31. 3.	57,2	
6. 4.	*54,2*	prämenstruell mürrisch, gespannt. Paranoide Haltung gegenüber der Umgebung. Fühlt sich gequält. Dabei aber äußerlich geordnet. Fort-
8. 4.	*53,6*	setzung der Insulinkur.

12. 4.	55,0	
22. 4.	55,0	
28. 4.	56,8	
6. 5.	58,0	
11. 5.	*55,0*	Seit einigen Tagen wieder rückfällig, s. o. Menses.
13. 5.	*55,0*	
20. 5.	57,0	
27. 5.	58,5	
3. 6.	59,5	Geordnet, freundlich. Fühlt sich subjektiv frei. Aber keine Krankheitseinsicht.

Im vorliegenden Falle können die auffallenden Gewichtsstürze nicht etwa auf schwere psychomotorische Unruhe, ungenügende Nahrungsaufnahme oder eine interkurrente Erkrankung zurückgeführt werden. Sie fallen mit der prämenstruellen oder menstruellen Phase zusammen und gehen mit einer Exacerbation des psychischen Prozesses einher. Sie sind Ausdruck eines biologischen Zusammenhangs, in dem der ovarielle Zyklus offenbar eine Rolle spielt. Bei andern Kranken kann es unabhängig von der Menstruation zu größeren Gewichtsstürzen kommen, die regelmäßig mit einer Verschlimmerung des psychischen Zustandes, oft mit einem abrupten Ausbruch eines Erregungszustandes einhergehen. Man gewinnt den Eindruck, daß der psychotische Rückfall mit einem katastrophalen Zusammenbruch des durch die Insulinkur bewirkten Assimilationsprozesses einhergeht. Siehe folgende Gewichtskurve:



Es ist bekannt, daß Insulin zur Speicherung von Flüssigkeit führen kann (Insulinödeme) und es dürfte sich bei diesen rapiden Gewichtsstürzen vorwiegend um Wasserverlust und nicht um Substanzverlust handeln (Diuresekurven liegen leider noch nicht vor). Aber warum ist der Organismus plötzlich nicht mehr in der

Lage, die Flüssigkeit zu binden, warum ist er dazu bei den Kranken in der Lage, bei denen der psychotische Prozeß zum Stillstand kommt und warum geht die vermutliche Störung des Wasserhaushalts so regelmäßig mit einer Exacerbation derPsychose einher? Wir sind heute noch nicht in der Lage, diese Fragen zu beantworten. Wir dürfen aber vermuten, daß den Störungen des Wasserhaushalts biologische Vorgänge zugrunde liegen, die eng mit dem schizophrenen Prozeß in Zusammenhang stehen.

XII. Schluß

Eine Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse einer somatopathologischen Betrachtungsweise der Schizophrenie muß als negatives Resultat die Erkenntnis voranstellen, daß die spezifische Grundstörung des schizophrenen Prozesses noch nicht gefunden ist.

Es ist möglich, bestimmte Gruppen von Psychosen zu bilden, für die das jeweilige körperliche Syndrom eine charakteristische Note hat. Dies trifft z. B. für die Gruppe katatoner Erkrankungen zu, die *K. F. Scheidt* unter dem Namen der febrilen zyanotischen Psychosen zusammenfaßt. Seiner Ansicht, daß diesem klinischen Bild ein spezifisches hämolytisches Syndrom zugrunde liegt, kann allerdings nicht zugestimmt werden. Es handelt sich vielmehr um ein unspezifisches Syndrom, das in ganz ähnlicher Weise bei schwerem toxischem Verlauf bekannter Krankheiten beobachtet wird. Wenn deshalb auch nur Schlüsse allgemeiner Art über die körperlichen Vorgänge bei der Psychose möglich sind, etwa der Art, daß eine Intoxikation vorliegt, so sind diese Zustandsbilder doch ein deutlicher Hinweis dafür, daß bei bestimmten Schizophrenien der körperliche Prozeß, wenn auch bislang nicht unmittelbar der Erforschung zugänglich, so doch mittelbar zum Ausdruck kommend, eine wichtige Rolle spielt. Man könnte sich denken, daß derselbe Prozeß in sehr viel milderer Form zu dem Bilde des üblichen schizophrenen Verlaufes führt. Mit diesem Gedankengang bewegen wir uns aber völlig im Bereich des Hypothetischen. Bei einer weiteren Gruppe von schizophrenen Psychosen kann im Initialstadium ein durch Allgemeinsymptome oder den „unspezifischen Status" nach *Schilling* faßbares Syndrom festgestellt werden. Bei einem kleinen Teil der Fälle können die körperlichen Symptome auf eine bekannt vorausgegangene Erkrankung zurückgeführt werden, in der Mehrzahl der Fälle ist dies nicht möglich. Unsere derzeitigen Kenntnisse reichen nicht aus, den

wirklichen biologischen Zusammenhang dieser in etwa ⅓ aller Schizophrenien zu beobachtenden initialen körperlichen Störung mit der Psychose zu klären. Es ist weder angängig, einen Zusammenhang abzulehnen, weil das unspezifische Syndrom auf eine bekannte Erkrankung zurückgeführt werden muß, noch das unspezifische Syndrom als Ausdruck der gesuchten schizophrenen Grundstörung zu betrachten, weil eine solche bekannte Erkrankung klinisch nicht nachzuweisen ist. Es wäre wünschenswert, daß gerade diese Gruppe von Schizophrenien auch erbbiologisch gesondert untersucht werden würde. Es wäre vor allem die Frage zu klären, ob die Psychosen dieser Gruppe eines manifestationsauslösenden Momentes bedürfen. Man darf auf alle Fälle annehmen, daß sie bei den seitherigen erbbiologischen Untersuchungen nicht erfaßt wurden — zum mindesten nicht in dem Ausmaß, in dem sie tatsächlich vorkommen — weil sie nur durch systematische Anwendung des unspezifischen Status zu erfassen sind.

Die vorgenommenen Untersuchungen ließen die Bedeutung des weißen Blutbildes erkennen. Auf die wichtige Rolle der sog. „path. Granulation“ der Neutrophilen im Rahmen der Blutbildveränderungen konnte hingewiesen werden. Ergänzt werden die hämatologischen Befunde durch die Untersuchungsergebnisse über das Verhalten des r. e. S. im schizophrenen Schub.

Sehr interessante, aber vorläufig noch nicht geklärte Probleme werden durch das Verhalten des Körpergewichts während des schizophrenen Prozesses, namentlich auch während der Insulinkur, aufgeworfen.

Die einzelnen bei schizophrenen Prozessen erhobenen somatischen Befunde sind bezüglich ihres Zusammenhangs mit der Grundstörung sicherlich nicht gleichartig; ihre Stellung im Ablauf des pathologischen Geschehens näher zu präzisieren muß das Ziel weiterer Untersuchungen sein. Der somatische Untergrund stellt sich uns bis jetzt ausschließlich in einem unspezifischen Gepräge dar. Der eingangs aufgeworfene Fragenkomplex über Lokalisation und Art der Grundstörung ist in seinem Kern vorerst nicht zu erfassen. Vom Standpunkt einer somatologischen Betrachtungsweise ist aber die Hypothese *Hoches*, den schiophrenzen Symptomenkomplex als „parat liegende Reaktion des Gehirnes“ aufzufassen, sehr bestechend. Mit den erbbiologischen Grundlagen der Schizophrenieforschung steht sie nicht in Widerspruch. Der genetische Kern einer schizophrenen Erkrankung wäre in diesem Falle in der anlagebedingten zerebralen Reaktionsbereitschaft zu erblicken.

Überhaupt weist der unspezifische Charakter der somatischen Störungen nachdrücklich auf das endogene Moment im somatopsychischen Gesamtgeschehen hin.

Wenn die derzeitigen Ergebnisse einer somatischen Forschung auch noch nicht befriedigend sind, so wirken sie doch nicht entmutigend und zu einer resignierten Haltung, wie sie *Wuth* seinerzeit zum Ausdruck brachte, besteht keine Veranlassung. Je mehr man sich mit diesen Fragen befaßt, umso mehr bekennt man sich zu Faust's Ausspruch: ... „und wo ihr es anpackt, ist es interessant ...“. Die noch ungeklärten Probleme erfordern sowohl weitere klinische Beobachtung und Forschung als auch vor allem kritische Abwägung der Befunde, um nicht voreilig zu dogmatischen Anschauungen zu kommen, die immer ein Hindernis echten wissenschaftlichen Fortschritts waren.

Schrifttumverzeichnis

Alzheimer, A., Das Delirium acutum. Mschr. Psychiatr. 2, 64 (1897). — *Beccle, H. C.*, Some recent investigations into the haematology of the psychoses. J. ment. Sci. 81 (1935), Ref. Z. f. N. Bd. 79. — *Berger, H.*, Zur Pathogenese des katatonen Stupors. Münch. med. Wschr. 1921, 448. — *Berger, W.*, Über Hyperproteinaemie nach Eiweißinjektionen. Z. exper. Med. 28, 1 (1922).— *Binswanger, O.* u. *H. Berger*, Zur Klinik und pathologischen Anatomie der postinfektiösen und Intoxikationspsychosen. Arch. Psychiatr. 34, 107, (1901).— *Binswanger*, Die klinische Stellung der Degenerationspsychosen, zugl. ein Versuch ihrer Gliederung. Arch. Psychiatr. 83, 299 (1928). — *Birnbaum, K.*, Der Aufbau der Psychose. Allg. Z. Psychiatr. 79, 455 (1919), — *Derselbe*, Der Aufbau der Psychose. Berlin (1923). — *Bleuler, E.*, Dementia praecox. Leipzig (1911). — *Derselbe*, Lehrbuch der Psychiatrie. 5. Aufl. Berlin (1930). — *Bonhoeffer, K.*, Die exogenen Reaktionstypen. Arch. Psychiatrie. 58, 58 (1917). — *Derselbe*, Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen. Allgemeinerkrankungen und innere Erkrankungen. Handb. d. Psychiatr. IV, Leipzig und Wien (1915). — *Derselbe*, Die Bedeutung der exogenen Faktoren bei der Schizophrenie. Mschr. Psychiatr. 88, 201 (1934). — *Bostroem, A.*, Striaere Störungen. Handb. d. Geisteskrankh. 2, 207, 1928. — *Braunmühl, A. v.*, Über Gehirnbefunde bei schweren Erregungszuständen. Z. Neur. 117, 163 (1928). — *Bumke, O.*, Lehrbuch der Geisteskrankheiten. München (1936). — *Bruce, L. C.*, The symptoms and Etiolagy of Mania. J. Ment. Sci. 19. Bd. 54. — *Carriere, R.*, Über die Linksverschiebung im Blutbild der Schizophrenen. Z. Neur. 135 (1931). — *de Crinis, M.*, Über Änderungen des Serumeiweißgehaltes unter normalen und pathologischen Verhältnissen. Mschr. Psychiatr. 42, 69 (1917). — *Davidson, G. M.*, Concerning the cause of death in certain psychoses Amer. J. Psychiatry. 91, 41 (1934), Ref.: J. Neur. 15, 366 (1935). — *Demme, H.*, Die Liquordiagnostik in Klinik und Praxis. München (1935). — *Dreyfus, G.*, Die Inantion im Verlaufe von Geisteskrankheiten und deren Ursachen. Arch. Psychiatr. 41, 519 (1906). — *Dreyfus, J. G.*, Über Tod im katatonischen Anfall bei alter Dementia praecox. Jb. Nervenhk. 30, 451 (1907). — *Ederle, W.*, Die Bedeutung der Senkungsreaktion in der Psychiatrie und Neurologie. Z. Neur.

152, 745 (1935). — *Derselbe*, Über die normale Retikulozytenzahl. Med. Welt 1933, Nr. 31. — *Derselbe*, Über Supravitalfärbung und Retikulozytenzählung. Fol. haemat. 50. Bd., Heft 1, 1933. — *Ewald*, *G.*, Über die Motilitätspsychose. Arch. Psychiatr. 76, 233 (1925). — *Fischer*, *J.*, Todesfälle bei akuten Katatonien. Diss. Leipzig (1934). — *Freemann*, *H.*, Sedimentation rate of the blood in schizophrenia. Arch. Neur. Am. 30, 1928 (1933). — *Fünfgeld*, *E.*, Über die pathologische Anatomie der Schizophrenie und ihre Bedeutung für die Abtrennung atypischer periodisch verlaufender Psychosen. Mschr. Psychiatr. 63, 1 (1927). — *Fürstner*, Über Delirium acutum. Arch. Psychiatr. 11, 517 (1881). — *Gaupp*, *R.*, Die Lehren Kraepelins in ihrer Bedeutung für die heutige Psychiatrie. Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater in Köln, 1938. — *Georgi*, *F.*, Pathophysiologie des Blutes bei Nerven- und Geisteskrankheiten. Fschr. Neur. 4, 172 (1932). — *Georgi*, *F.* u. *O. Fischer*, Humoralpathologie der Nervenkrankheiten. Handb. Neur. 7, 335 (1935). — *Gjessing*, *R.*, Beiträge zur Kenntnis der Pathophysiologie des katatonen Stupors. Arch. Psychiatr. 96, 319 (1932). — *Derselbe*, Beiträge zur Kenntnis der Pathophysiologie der katatonen Erregung. Arch. Psychiatrie 104, 355 (1935). — *Goldenberg*, *S.*, Über eigenartige haemorrhagische Sydrome bei gewissen Schizophrenieformen. Ref. Bd. 81 (1936). — *Golowina*, *W. P.* u. *G. I. Wopilkina*, Beobachtungen über die Funktion des vegetativen Nervensystems bei der katatonischen Form der Schizophrenie. Arch. biol. Neuk. (russ.), 36, 325 (1934). Ref.: Fschr. Neur. 8, 240 (1936). — *Greving*, *R. R.*, u. *F. Geng*, Über cerebrales Fieber bei Kohlenoxydvergiftung. Dtsch. Nervenheilk. 129, 1 (1932). — *Gruhle*, *H. W.*, Theorien, Handb. d. Geisteskrankheiten 9, 705 (1932). — *Derselbe*, Die Weisen des Bewußtseins. Z. Neur. 131 (1931). — *Heilmeyer*, *L.*, Blutfarbstoffstudium. Dtsch. Arch. klin. Med. 171, 1923 (1931). — *Derselbe*, Die Sphaeroytose als Ausdruck einer pathologischen Funktion der Milz. Dtsch. Arch. klin. Med. 179, 292 (1936). — *Herz*, *E.*, Über heredodegenerative und symptomatische Schizophrenie. Msch. Psychiatr. 68, 265 (1928). — *Derselbe*, Ein weiterer Beitrag zur Frage der symptomatischen Schizophrenie. Z. Neur. 136, 311 (1931). — *Hoche*, *A.*, Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Z. Neur. 12, 540 (1912). — *Hoff*, *F.*, Über die zentralnervöse Blutregulation. Fschr. Neur. 8, 299 (1936). — *Hoffmann*, *H. F.*, Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen (1921). — *Derselbe*, Vererbung und Seelenleben (1922). — *Derselbe*, Familienpsychosen im schizophrenen Erbkreis (1926). — *Derselbe*, Ergebnisse der psychiatrischen Erblichkeitsforschung. Z. Neur. (Referat) 17, 1919. — *Derselbe*, Studie zum psychiatrischen Konstitutionsproblem. Z. Neur. 1922, 74. — *Derselbe*, Konstitution und Vererbung im schizophrenen Formkreis. Übersichtsreferat und Jahresbericht über die ges. Neurologie, 1925. — *Derselbe*, Bedeutung der Erblichkeitsforschung für die Diagnose und Prognose endogener Psychosen. Münch. med. Wschr. 1926. — *Derselbe*, Erbprognose und klinische Differenzierung. Z. Neur. 114, 1928, S. 630. — *Derselbe*, Klinische Probleme in erbbiologischer Beleuchtung. Ein Rückblick auf das letzte Jahrzehnt. Z. Neur. 127, 1930, S. 579. — *Hoskins*, *R. G.* and *F. H. Sleeper*, Basal metabolism in schizophrenia. Arch. of Neur. (Am.) 31, 887 (1929). — *Jahn*, *D.*, Funktionsstörungen des Stoffwechsels als Ursache klinischer Zeichen der Asthenie. Klin. Wsch. 1931, 2116. — *Derselbe*, Stoffwechselstörungen bei bestimmten Formen der Psychopathie und der Schizophrenie. Dtsch. Z. Nervenhk. 135, 245 (1935). — *Derselbe*, Die körperlichen Grundlagen der psychasthenischen Konstitution. Nervenarzt. 7, 225 (1934). — *Jahn*, *D.* und *H. Grevin*, Unter-

suchungen über die körperlichen Störungen bei katatonen Stuporen und der tödtlichen Katatonie. Arch. Psychiatr. 105, 105 (1936). — *De Jong, H.* et *H. Baruk*, Etudes sur la catatonie experimentale. L'épreuve de la bulbocapnine chez les singes. Comparaison des stades de l'intoxication bulbocapnique avec les aspects de la catatonie humaine. Revue neur. (Fr.) 36, 541 (1929). — *Josephy, H.*, Beiträge zur Histopathologie der Dementia praecox. Z. Neur. 86, 391 (1923). — *Kafka, V.*, Serologie der Geisteskrankheiten. Handb. d. Geisteskrankh. 3, 218 (1928). — *Derselbe*, Die Zerebrospinalflüssigkeit. Leipzig und Wien (1930). — *Kahlbaum, K.*, Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Berlin (1874). — *Kaufmann, M.*, Beiträge zur Pathologie des Stoffwechsels bei Psychosen. 2. und 3. Teil. Jena (1908 und 1910). — *Klebelsberg, E. v.*, Über plötzliche Todesfälle bei Geisteskrankheiten. Z. Neur. 25, 253 (1914). — *Kleist, K.*, Die Auffassung der Schizophrenie als psychische Systemerkrankung (Heredodegenerationen). Klin. Wschr. 962 (1923). — *Derselbe*, Über zykloide, paranoide und epileptoide Psychosen und über die Frage der Degenerationspsychosen. Schweiz. Arch. Neur. 23, 1 (1928). — *Derselbe*, Gehirnpathologie. Leipzig (1934). — *Knörr, C.*, Zur Lehre der toxischen Psychosen. Allg. Z. Psychiatr. 48, 599 (1892). — *Kopp, P.*, Liquorbefunde bei endogenen Psychosen und ihre differentialdiagnostische Bedeutung. Z. Neur. 151, 656 (1934). — *Körtke, H.*, Ein Dilemma in der Dementia-praecox-Frage. Z. Neur. 48, 334 (1927). — *Kozowsky, A. D.*, Zur Pathologie des Delirium acutum. Allg. Z. Psychiatr. 68, 415 (1911). — *Kraepelin, E.*, Psychiatrie. 7. Aufl. Leipzig (1904), 8. Aufl. III. Band, Leipzig (1913). — *Kretschmer, E.*, Über die psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnschwäche. Z. Neur. 45, 272 (1919). — *Krisch, H.*, Die symptomatischen Psychosen und ihre Differentialdiagnose. Berlin (1920). — *Derselbe*, Die exogenen Reaktionstypen und das Dementia praecox-Problem. Zbl. Neur. 42, 345 (1926). — *Lange, J.*, Klinisch-genealogisch-anatomischer Beitrag zur Katatonie. Mschr. Psychiatr. 59, 1 (1925). — *Leupoldt, C. B.*, Beitrag zur Biologie der Schizophrenie. Arch. Psychiatr. 100, 581 (1933). — *Lingjaerde, O.*, Leberuntersuchungen bei Geisteskranken. Kopenhagen (1934). — *Looney, J.* und *Freemann, Harry*, Volume of blood in normal subjects and in patients with schizophrenia. Arch. Neur. 34, 956—964 (1935). Ref. Bd. 79. — *Luxenburger, H.*, Untersuchungen an schizophrenen Zwillingen und ihren Geschwistern zur Prüfung der Realität von Manifestationsschwankungen. Z. Neur. 154, 351 (1935). — *Derselbe*, Die Manifestationswahrscheinlichkeit der Schizophrenie im Lichte der Zwillingsforschung. Z. Psych. Hyg. 7, 174 (1934). — *Derselbe*, Psychopathologie und Erblichkeit. Abh. Neur. und Psych. 61, 1930. — *Derselbe*, Über weitere Untersuchungen zur Frage der Korrelation von schizophrener Anlage und Widerstandsschwäche gegen tuberkulose Infektion. Z. Neur. 122, 74 (1929). — *Derselbe*, Tuberkulose als Todesursache in den Geschwisterschaften Schizophrener, Manisch-Depressiver und der Durchschnittsbevölkerung. Z. Neur. 109, 313 (1927). — *Mayer-Gross, W.*, Die Klinik. Handb. d. Geisteskrankheiten 9, 293 (1932). — *Derselbe*, Selbstschilderungen der Verwirrtheit. Berlin (1924). — *Medow, W.*, Bewußtseinstrübungen bei Dementia praecox. Arch. Psychiatr. 67, 373 (1923). — *Meyer, E.*, Beitrag zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen. Arch. Psychiatr. 32, 780 (1899) — Meyer, M. zitiert nach Kafka. — *Meynert, Th.*, Amentia, die Verwirrtheit. Jb. Psychiatr. (Ö.) 9, 1 (1890). — *Miskolczky, D.*, Über das anatomische Korrelat der Schizophrenie. Z. Neur. 147, 509 (1933). — *Neubürger, K.*, Sektionsbefunde bei plötzlichen und unklaren Todesfällen Geisteskranker. Z. Neur. 150, 670 (1934). — *Ostmann*,

Das Blutbild frischer schizophrener Krankheitszustände Psychiatr. neur. Wschr. 1933, 6—8. — *Derselbe*, Was kann das Blutbild bei den schizophrenen Erkrankungen leisten? Psychiatr.-neur. Wschr. 1933, 249—252. — *Derselbe*, Das Blutbild exacerbierender Schizophrener. Psychiatr.-neur. Wschr. 1933, 189—191. — *Derselbe*, Studien über das weiße Blutbild bei Schizophrenen. Allg. Z. Psychiatr. 91, 497—502 (1929). — *Pfeiffer, H.* und *M. de Crinis*, Das Verhalten der antiproteolytischen Serumwirkung bei gewissen Psychoneurosen nebst Bemerkungen über die Pathogenese dieser Erkrankungen. Z. Neur. 19, 428 (1913). — *Pohlisch, K.*, Der hyperkinetische Symptomenkomplex und seine nosologische Stellung. Abh. Neur. u. Psych. Berlin (1925). — *Plötzl, O.*, Zur Frage der Hirnschwellung und ihrer Beziehung zur Katatonie. Jb. Psychiatr. (B.) 31, 244 (1910). — *Reichardt, M.*, Über Todesfälle bei funktionellen Psychosen. Zbl. Nervenheilk. 28, 1 (1905).— *Derselbe*, Untersuchungen über das Gehirn. II. Hirn und Körper (Jena 1912). — *Derselbe*, Hirnschwellung. Allg. Z. Psychiatr. 75, 34 (1919). — *Reiter, P. J.*, Zur Pathologie der Dementia praecox. Kopenhagen und Leipzig (1929). — *Riebeling, C.*, Interferometrische Studien des Liquor cerebrospinalis. Z. Neur. 123, 702 (1930). — *Derselbe*, Untersuchungen über das spezifische Gewicht des Liquors cerebrospinalis. Z. Neur. 126, 398 (1930). — *Riebeling, C.* und *R. Strömme*, Studium zur Pathophysiologie der Schizophrenie. Z. Neur. 147, 61 (1933). — *Roggenbau, Chr.*, Zur Frage der körperlichen Störungen bei endogenen Psychosen und ihrer Verwertbarkeit in differentialdiagnostischer Hinsicht. Psychiatr.-Neur. Wschr. 92, 243 (1936). — *Rosenthal, St.*, Über Anfälle bei Dementia praecox. Z. Neur. 59, 168, (1920). — *Rüdin, E.*, Studien über Vererbung und Neuentstehung geistiger Störungen. I. Zur Vererbung und Neuentstehung der Dementia praecox. Monographien Neur. (1916). — *Sagel, W.*, Erfahrungen über das weiße Blutbild. Z. Neur. 125 (1930). — *Sander, M.*, Beiträge zur Ätiologie und pathologischen Anatomie akuter Geistesstörungen. Arch. Psychiatr. 34, 490 (1901). — *Scheidt, K. F.*, Über neuzeitliche somatische Behandlungsmethoden in der Psychiatrie. Fschr. Ther. 11, 222 (1935). — *Scheidt, K. F.* und *L. Baumer*, Über febrile und subfebrile schizophrene Schübe. Nervenarzt 10 (1937). — *Scheidegger, W.*, Katatone Todesfälle in der Psychiatrischen Klinik von Zürich von 1900—1928. Z. Neur. 120, 587 (1929). — *Schneider, K.*, Probleme der klinischen Psychiatrie. Leipzig (1932). — *Derselbe*, Psychopathie und Psychose. Nervenarzt 6, 337 (1933). — *Schönthal*, Über akute halluzinatorische Verwirrtheit. Allg. Z. Psychiatr. 48, 651 (1892). — *Schrijwer, D.* und *S. Schrijwer-Hertzberger*, Untersuchungen über die Blutkörperchensenkungsreaktion. Blutgerinnung und Fibronogengehalt des Plasmas bei Psychosen. Z. Neur. 117, 774 (1928). — *Schröder, P.*, Über Degenerationspsychosen (metabolische Erkrankungen). Z. Neur. 105, 539 (1926). — *Derselbe*, Wochenbettpsychosen und unsere heutige Diagnostik. Allg. Z. Psychiatr. 104, 171 (1936). — *Schultz, J. H.*, Blutuntersuchungen als klinisches Hilfsmittel auf psychiatrischem Gebiet mit besonderer Berücksichtigung der Prognosestellung. Mschr. Psychiatr. 35, 71 und 128 (1914). — *Derselbe*, Beiträge zur somatischen Symptomatik und Diagnostik der „Dementia praecox“. Mschr. Psychiatr. 37, 205 (1915). — *Schulz, B.*, Zur Erbpathologie der Schizophrenie. Z. Neur. 143, 175 (1932). — *Derselbe*, Versuch einer genealogisch-statistischen Überprüfung eines Schizophreniematerials auf biologische Einheitlichkeit. Z. Neur. 151, 146 (1934). — *Seelert, H.*, Verbindung endogener und exogener Faktoren im Symptomenbild und der Pathogenese von Psychosen. Berlin (1919). — *Derselbe*. Erfahrungen zur Frage der Entstehung

schizophrener Krankheitssymptome. Mschr. Psychiatr. 71, 215 (1929). — *Serbski, W.*, Über die akuten Formen von Amentia und Paranoia. Allg. Z. Psychiatr. 48, 328 (1892). — *Stauder, K. H.*, Die tödliche Katatonie. Arch. Psychiatr. 102, 614 (1934). — *Stefan, H.*, Über den plötzlichen natürlichen Tod infolge hochgradiger Erregung bei akuten Psychosen ohne wesentliche anatomisch nachweisbare Ursache. II. Mitteilung, Z. Neur. 152, 480 (1935). — *Steiner, G.* und *A. Strauss*, Schizophrenie. Die körperlichen Erscheinungen. Handb. d. Geisteskrankh. 9, 264 (1932). — *Stransky, E.*, Zur Lehre von der Amentia. J. Psychiatr. (Ö.) 4, 158 (1904/05); 5, 18 (1905); 6, 37 und 135 (1905/06). — *Thoma*, Beitrag zur Klinik und Pathologie akut letal verlaufender Psychosen. Allg. Z. Psychiatrie 66, 737 (1909). — *Tschalissov, M. N. Wolfson* und *D. Arutjunov*, Der Intermediärstoffwechsel im Großhirn bei Schizophrenen. Sovet. Nevropat. 4, 43 (1935). Ref.: Fschr. Neur. 8, 240 (1936). — *Weber, L. W.*, Über akute, tödlich verlaufende Psychosen. Mschr. Psychiatr. 16, 81 (1904). — *Wilder, J.*, Das Blutbild in der Neurologie und Psychiatrie. Nervenarzt 7, 24 (1934). — *Wuth, O.*, Untersuchungen über die körperlichen Störungen bei Geisteskrankheiten. Berlin (1922).

Psychische Störungen bei Anämien

Von

Dr. Hans Ruf

(Aus der Nervenklinik der Stadt und Universität Frankfurt a/M.
Ärztlicher Leiter: Professor Dr. *Kleist*)

(Eingegangen am 4. Mai 1941)

Es werden in dieser Arbeit seelische Störungen beschrieben, die im Zusammenhang mit Anämien gefunden wurden. Die Kranken — es sind deren 25 und zwar 8 Männer und 17 Frauen — wurden an der Nervenklinik in Frankfurt a M. im Laufe von 18 Jahren beobachtet. Es handelt sich um perniziöse und sekundäre Anämien und um eine agastrische Anämie.

Die Anregung zur Arbeit gab die Eigenbeobachtung eines Arztes, die ich der Schilderung der Kranken vorausschicke.

Nach mehrstündigem Operieren ohne Mittagspause spendete dieser Arzt 550 ccm Blut (das Gewicht des Spenders war 63 kg). Die Transfusion wurde um 16 Uhr vorgenommen. Um 18 Uhr wurde bei Ruhe ein geringes Herzklopfen bemerkt. Nach 22 Uhr trat beim Einschlafen d. h. beim allmählichen Schwinden des Bewußtseins ein Angstgefühl auf, das nur sehr gering war. Dieses Gefühl war auf kein Objekt gerichtet, sondern ganz unbestimmt. In den nun folgenden Träumen war dieses Gefühl nicht mehr vorhanden, es bestand jedoch eine lebhafte Traumtätigkeit. Die Trauminhalte waren am folgenden Morgen vergessen. Am nächsten Tage zeigte sich eine, wenn auch nur geringe Schwierigkeit, sich bei geistiger Arbeit zu konzentrieren, das Denkziel zu erreichen, und eine geringe Steigerung des normalen Betätigungstriebes. Nach einer halben Tablette Prominal war die geringe Konzentrationsschwierigkeit beseitigt. Die beschriebenen Erscheinungen traten in den folgenden Tagen nicht mehr auf.

Alle diese Erscheinungen, die hier nach einer Blutentnahme beobachtet wurden, sind gleichsam die verkleinerten Symptome, die uns bei Anämiepsychosen immer wieder, jedoch in wechselnder Stärke und Verknüpfung begegnen, die geringe Angst, die Träume, die einer erhöhten Phantasietätigkeit entsprechen, die Konzentrationsschwierigkeit, die Steigerung des Betätigungstriebes, die einem Erregungszustande ähnelt.

Die Psychosen traten in verschiedenen Zustandsbildern auf und zwar als:

1. **Depressive Zustände** (6 Fälle);
2. **Angstzustände** (4 Fälle);
3. **Halluzinosen** (4 Fälle);
4. **Konfabulosen** (2 Fälle);
5. **Ratlose Beziehungszustände** (2 Fälle);
6. **Verwirrtheitszustand** (1 Fall);
7. **Psychomotorische Zustände** (2 Fälle);
8. **Delirant-amnestische Zustände** (2 Fälle);
9. **Dämmerzustände** (2 Fälle).

Davon gehören die depressiven Zustände nach *Kleists* Einteilung zu len homonomen Syndromen, die delirant-amnestischen und dämnerigen Bilder zu den heteronomen Symptomkomplexen, während lie übrigen Formen zu den intermediären Zuständen rechnen, die lemnach an Zahl beträchtlich überwiegen.

I. Depressive Zustände

1. Gehl., Karl, 56 J. 21. 7. 31 bis 23. 6. 32 in der Nervenklinik Frank-'urt M. Vorgeschichte: Eine Schwester starb an einem Nervenleiden, ·ine andere leidet an Migräne, der Vater war leicht aufgeregt und gelegentlich jähzornig, ein Kind ist linkshändig. Er selbst nahm das Leben mmer schwer, nahm sich alles immer sehr zu Herzen, war rührselig, nachte sich selbst gern schlecht und war leicht erregbar. Seit vier Jahren wird ihm oft schwarz vor Augen, so daß er sich hinsetzen muß. Vor einem Jahre wurde ein Aderlaß vorgenommen. Seit 9 Monaten ist er leichter erregbar und gereizt und schimpft bei jeder Kleinigkeit. Der zugezogene Arzt stellt die Diagnose beginnende perniziöse Anämie und gibt folgende Einzelheiten an: der Patient klage über Nachlassen seiner Leistungsfähigkeit und seines Konzentrationsvermögens. Er fühle sich aufgeregt und unruhig, habe Schwindelanfälle und Flimmern vor den Augen. Der Appetit und der Schlaf seien schlecht, auch habe er an Gewicht abgenommen. Der Arzt stellte fest: leichte Glossitis, gelegentliche Tachykardie, grober Tremor der Extremitäten; ein Blutbild zeigte normale Zahlen, jedoch schwache Anisozytose und vereinzelt Poikilozyten. Der Kranke wird vom 18. 3. bis 18. 5. 31 in einer Nervenheilanstalt behandelt. Dort gibt er laut Krankengeschichte an, er habe seit mehreren Monaten Kribbeln in Händen und Füßen, Durst und Brennen auf der Zunge, der Stuhl sei verstopft, er habe Widerwillen gegen jede Speise, fühle sich matt und müde, sei gedrückter Stimmung. Vor zwei Monaten habe er einen Selbstmordversuch mit Schlafmitteln unternommen. Seit 14 Tagen habe er ein Kältegefühl im Magen. Es fanden sich: Allgemeine Blässe, Tachykardie, himbeerfarbene Zunge (Glossitis), gerötete Rachenorgane. Neurologisch: Pupillen rechts Spur weiter als links, N. facialis rechts etwas schwächer als links, die Zunge zittert und weicht eine Spur nach links ab, beim Fingernasenversuch besteht links eine leichte Unsicherheit, die Bauchdeckenreflexe sind rechts wenig schwächer als links, Patellarsehnenreflex rechts schwächer als links, fraglicher Babinskischer Reflex links. Magensaft: freie Salzsäure negativ, Gesamtsäure 5. Der Kranke ist bei jeder psychischen Leistung

langsam, er ist gedrückt, mißtrauisch, unzufrieden, hat einen mißmutigen Gesichtsausdruck. Im Laufe eines 2monatigen Aufenthaltes ändert sich dieser Zustand nicht. Der Kranke hat vorübergehend Durchfälle und klagt über Schlaflosigkeit. Bei einer Prüfung am 16. 4. sind Merkfähigkeit und Gedächtnis herabgesetzt, und es besteht eine Konzentrationsschwäche.

2 Monate nach der Entlassung aus der Heilanstalt wird G. am 21. 7. 31 in die Nervenklinik Frankfurt aufgenommen.

Hier hat er folgende Klagen: er sei magenkrank, verliere viel Eiweiß, könne nicht mehr gehen und schreiben. Er spricht viel von seinen Nerven, ist sehr besorgt um seine Gesundheit. Neulich habe er einen Selbstmordversuch mit Leuchtgas begangen. Befund: Der Kranke hat eine cyanotisch-graue Gesichtsfarbe, Blutbefund s. u., Magensaft: freie Salzsäure = 0, Gesamtsäure 6,5. Neurologisch besteht positiver Babinskischer Reflex links. Seelisch fällt das klagsame Wesen auf. Der Kranke ist gedrückt, etwas ratlos und ängstlich. Verlauf: Am 29. 9 klagt G. über Parästhesien, er hatte am selben Tag kurz hintereinander leichte Kollapszustände. Er bekommt seitdem täglich 3 mal einen Eßlöffel Hepatrat und 2 Feometten Am 5. 10. ist er immer noch sehr hypochondrisch, hat jeden Tag neue Klagen. Am 16. 11. ist er unverändert schlapp, gedrückt, mutlos und quengelig. Am 29. 11. hat er Schmerzen im Kreuz. Bei einer Liquoruntersuchung ist Pandy und Nonne positiv. Am 1. 12. bekommt der Kranke jeden zweiten Tag eine Injektion von 2 ccm Campolon. Neurologische Untersuchung am 11. 12. ergibt: Mundfacialis rechts etwas schwächer als links. Radiusperiostreflex links stärker als rechts, Tonus beider Beine etwas herabgesetzt, Patellarsehnenreflexe lebhaft, links mehr als rechts, Oppenheim links positiv, Babinski links andeutungsweise positiv. Am 14. 12. klagt G. über allgemeine Schwäche, Nachlassen des Hör- und Sehvermögens. Die Stimmung ist nach wie vor gedrückt. Am 19. 1. 32 sagt er seine letzten Tage seien wohl gekommen, er müsse sterben, es sei eine schreckliche Krankheit, die er habe. Am 8. 2. besteht noch Kribbeln in den Händen und Jucken in den Beinen, neurologisch ist kein krankhafter Befund mehr zu erheben, der seelische Zustand ist jedoch unverändert.

Die Blutuntersuchungen während des Klinikaufenthaltes ergeben folgende Werte:

	Hb	Ery	Rot. Blutb.	Leukoz.	Stabk.	Segm.	Eos.	Mono.	B.	Ly.
Am 6. 8. 31	85%	4,4	o. B.	6000	—	58	2	3	—	37
„ 19. 8.	—	—	Mäß. Anisoz.							
„ 24. 9.	69%	3,8	Mäß. Anisoz. vereinz. Poikilozyten	5400	1	64	2	4	—	29
„ 12. 11.	92%	4,7	— —							
„ 14. 12.	97%	4,6	vereinz. Mikroz. selten Poikiloz.	8000	2	73	2	2	—	21
„ 4. 2. 32	91%	4,7	— —							
„ 7. 3.	95%	4,9	selten Mikroz.							
„ 14. 3.	99%	4,9	— —							
„ 4. 4.	108%	5,1	— —							
„ 12. 5.	105%	5,2	— —							
„ 9. 6.	106%	5,5	— —							

Am 23. 6. wird der Kranke in unverändertem seelischem Zustand in eine Heilanstalt verlegt.

Es stehen von dort nur wenige Aufzeichnungen zur Verfügung. Am 4. 1. 33 wird folgendes vermerkt: rechter Mundfacialis etwas schwächer als der linke, die Zunge zittert leicht und weicht etwas nach links ab, die Patellar- und Achillessehnenreflexe sind links eine Spur stärker als rechts, keine spastischen Zeichen, links stumme Sohle, leichte Druckempfindlichkeit der Fermoralnerven. Der Kranke äußert, es gehe ihm schlecht, er sei von einem andern Kranken, der aus seinem Glase getrunken, mit Syphilis infiziert worden, der ganze Körper sei „niedergeschmettert", Hände, Füße, Augen, Ohren ließen nach, nach wenigen Minuten Lesens werde er müde, im Hals spüre er dauernd Druck und Kratzen, das Herz klopfe dauernd. Nach über siebenmonatigem Aufenthalt wird er am 18. 3. 33 entlassen.

Nach ungefähr einem Jahr erfolgte eine Nachuntersuchung in der Nervenklinik (am 20. 2. 34):

Der Kranke zeigt Einsicht in seinen früheren Zustand, das Schwächegefühl habe sich gebessert, er habe aber noch Kribbeln in Händen und Füßen. Die Stimmung ist noch leicht gereizt, der Gesichtsausdruck ist ernst und mißgestimmt, die spinalen Symtome sind zurückgebildet.

Nachuntersuchung am 30. 1. 41: Pat. wird noch immer mit Leberpräparaten behandelt, z. Z. monatlich 1 Spritze Campolon zu 2 ccm. Außer erhöhter Ermüdbarkeit keine Beschwerden, zeigt lebhaftes Wesen und gute Stimmung.

Patellarsehnenreflex rechts schwächer als links, Achillessehnenreflex beiderseits schwach. Links Babinski angedeutet.

Bei diesem Kranken liegt die seelische Veränderung bei perniziöser Anämie in der Veranlagung vorgebildet. G. nahm das Leben schon immer schwer, machte sich selbst schlecht, war pessimistisch, rührselig und leicht erregbar. In der Krankheit verstärken sich diese Merkmale. Es entsteht ein depressiver, neurasthenisch-hypochondrischer Zustand, der $2^1/_2$ Jahre dauert. Hinzukommt aber eine Verlangsamung und Verschlechterung psychischer Leistungen auf dem Gebiet der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses, der Konzentrationsfähigkeit und des Rechnens. Auffällig ist die anfänglich kaum vorhandene Veränderung der Hämoglobin- und Erythrozytenwerte. Es besteht hier eine schwache Anisozytose mit vereinzelten Poikilozyten und bei Aufnahme in die Klinik eine Rechtsverschiebung und Lymphozytose. Nachdem die Werte auf 69% Hämoglobin und 3,8 Erythrozyten gesunken sind, wird Hepratrat und Feometten gegeben. Es tritt eine Besserung des Blutbildes ein, während die seelischen und neurologischen Zeichen sich zunächst nicht ändern, auch nicht nachdem intensiver mit Campolon behandelt wird. Erst später tritt eine Besserung ein.

2. Seip., Johanna, 46 J. 11. 5. 36 bis 4. 7. 36 in der Nervenklinik Frankfurt/M. Vorgeschichte: Ein Bruder ist Linkshänder, der Großvater väterlicherseits hat viel getrunken. Die Kranke war früher ruhig und still, etwas für sich, sehr weich, mußte immer weinen, wenn sie Musik

hörte. Vor 2 1/2 Jahren bekam sie Schmerzen im Kreuz, in den Hüften und im Magen, sie nahm an Gewicht ab, hatte eine Schwäche in den Beinen. Vor 2 Jahren bekam sie starke und schmerzhafte Blutungen, saures Aufstoßen, Magendruck und Schmerzen in den Hüftgelenken, rechts mehr als links. Die Arbeit fiel ihr schwer, sie wurde sehr still und weinte viel. Jetzige Klagen: Die Verdauung gehe nicht mehr, der Magen blähe sich und gehe in die Höhe, sie habe saures Aufstoßen, zeitweise Brechreiz. Stuhlverstopfung, Kopfschmerzen, starke monatliche Blutungen, die Gelenke seien „trocken" und täten weh, beim Gehen sei sie unsicher, oft sähe sie Punkte vor den Augen. Die letzte Zeit habe sie viel zu Bett gelegen. Ihre Stimmung sei gedrückt, sie könne den Haushalt nicht mehr verrichten, weine öfters, mache sich viele Gedanken, wollte sich das Leben nehmen. Man fand einen Brief und ein Rasiermesser in ihrem Bett.

Befund: Die Kranke ist stark abgemagert, die Haut trocken, die Zunge belegt; der Leib überall druckschmerzhaft, Blutbefunde s. u. Es besteht ein deutlicher Exophthalmus. Die Lichtreaktion der Pupillen ist beiderseits etwas unausgiebig, die Zunge weicht etwas nach links ab, die Armreflexe sind lebhaft, Trömner-, Knips- und Mayerscher Reflex sind beiderseits positiv, grob- bis mittelschlägiges Spreizzittern, beim Fingernasenversuch beiderseits leichter Intentionstremor, mechanische Übererregbarkeit der Muskulatur, Bauchdeckenreflexe links schwächer als rechts. Reflexe an den Beinen lebhaft, links mehr als rechts, Patellarklonus beiderseits, links mehr als rechts, Babinski links positiv, rechts angedeutet, grobe Kraft herabgesetzt, links mehr als rechts, Neigung zu Streckung der Beine, leichte Spasmen derselben, Kniehackenversuch beiderseits sehr ataktisch, rechts mehr als links, leichtes Schwanken beim Rombergschen Versuch. Gang steif, sehr ataktisch, fehlende Mitbewegungen. Seelisch ist die Patientin gedrückt, hypochondrisch und labil.

Es wird mit Lebertherapie begonnen (Frischleber). Am 29. 5. fühlt die Kranke sich besser, sie klagt nur selten über die früheren Beschwerden, geht erheblich besser als anfangs, die Ataxie ist etwas geringer, sonst ist der neurologische Befund unverändert. Am 20. 6. ist der körperliche Zustand vollauf befriedigend. Es ist neurologisch kein krankhafter Befund mehr nachweisbar, auch psychisch ist die Kranke völlig verändert, sie ist heiter und freundlich, fühlt sich wohl, gibt Besserung gegenüber dem früheren Zustand an, arbeitet fleißig.

Es wurden folgende Blutbefunde im Verlauf des Klinikaufenthaltes erhoben

	Hb	Ery	Rot. Bl.	Leuko	Stab	Seg	Eos	Mono	Bas	Leuko
Am 14. 5.	78%	4.3	o. B.	7900	3	58	6	3	2	28
Am 25. 5.	72%	4,3	o. B.	6900	3	50	3	5	2	37

Der Urin zeigte am 12. 5. positive Urobilinogenprobe.

Magensaft am 14. 5. freie Salzsäure 26, Gesamte 62.

Ende Januar 1941 ergibt Erkundigung, daß Frau S. gesund geblieben ist.

Auch bei dieser Kranken liegt eine depressive Veranlagung vor. Sie war schon immer still, weich, weinte leicht. Durch die Erkrankung wird sie gedrückt, macht sich Selbstvorwürfe, trägt sich mit Selbstmord-

gedanken, wird ermüdbar und arbeitsunfähig. Es sind ausgesprochen ataktisch spastische Symptome vorhanden. Das Blutbild zeigt keine groben Veränderungen. Es ist nur der Hämoglobinwert etwas vermindert. Auch die Magensaftwerte zeigen keine Auffälligkeiten. Auf Frischleber tritt eine rasche Besserung der seelischen und neurologischen Krankheitserscheinungen ein, nachdem schon $2^1/_2$ Jahre körperliche und 2 Jahre seelische Veränderungen bestanden haben.

3. Mün., Anna, 52 J. 18. 5. 44 bis 27. 7. 34 in der Nervenklinik Frankfurt/M. Vorgeschichte: Ein Sohn ist geistesschwach, hatte als Kind epileptische Anfälle. Bis vor 6 Wochen war die Kranke unauffällig. Dann wurde ihre Ehe geschieden, wobei ihr Mann für schuldig erklärt wurde. Seither ist sie traurig gestimmt, schläft schlecht, simuliert viel, weint häufig und arbeitet nicht mehr so recht. Es war ihr auch oft schwindlig, der Appetit war schlecht, oft hatte sie Kopfschmerzen. Sie wird wegen Selbstmordgefahr eingewiesen. Befund: Die Frau sieht abgezehrt aus, die Haut ist mäßig durchblutet, Blutbefund s. u. Die Patellar- und Achillessehnenreflexe sind nicht auslösbar. Die Kranke weint oft, ist traurig gestimmt. Verlauf: Am 25. 5. klagt sie über Gefühlslosigkeit in den Fingerspitzen. Am 29. 5. ist der Gang leicht schwankend. Die Behandlung besteht in 3mal täglich einem Eßlöffel Hepatopson und Gaben von Natriumakodyl. Am 21. 6. ist insofern eine Besserung eingetreten, als die Kranke nicht mehr traurig ist, die Stimmung ist besser. Am 27. 6. klagt sie vorübergehend über Schmerzen in den Beinen. Am 11. 7. fühlt sie sich kräftig, ist zufrieden und hilft bei der Arbeit mit. Am 20. 7. wird folgender neurologischer Befund erhoben: Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe, die Sensibilität zeigt keine Abweichungen, jedoch besteht Taubheitsgefühl in den Beinen.

Das Blutbild zeigt folgende Werte:

	Hb	Ery	Rot. Blutb.	Leuk.	Stab	Segm	Eos	Mono	Baso	Lymph.	Thromboz.
Am 18. 5.	59%	2,4	Stark. Anisoz. mäß. Megaloz. Mikroz. u. Poikilozyten.	4800	—	61	—	1	—	38	124800
„ 31. 5.	55%	2,7	Anisozytose Mikrozyten Megalozyten Poikilozyten	3700	—	46	1	7	—	45	
„ 15. 6.	60%	2,6	Mäß. Anisoz. u. Polychromasie mäß. basophil. punktierte Ery., 1 Promyelozyt 1 Normoblast spärlich Poikiloz.	2400	3	28	6	5	1	57	
„ 21. 6.	66%	3,0	Mäß. Anisoz. selten ein polychromer. Ery.	1900	3	14	—	3	—	80	

	Hb	Ery	Rot. Blutb.	Leuk.	Stab	Segm	Eos	Mono	Baso	Lymph	Thromboz.
Am 27. 6.	65%	3,3	Mäß. Anisoz., spärl. basophil. Punktierte u. polychr. Ery.	2400	2	24	—	2	1	71	
„ 4. 7.	75%	4,3	Mäß. Anisoz. Selten Poikiloz., basophil. punkt. u. polychr. Ery.	3700	3	42	2	6	2	45	
„ 18. 7.	70%	4,2	Mäß. Anisoz. selten Poikiloz. u. basophil. punkt. Ery.	7900	—	35	—	5	1	59	
„ 24. 7.	73%	3,7	geringe Anisoz.	5300	—	49	1	11	2	37	

Dreiviertel Jahr nach der Entlassung erfolgte die Wiederaufnahme in eine Medizinische Klinik. Dorthin kam sie mit Klagen über allgemeine körperliche Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen und Zungenbrennen. Es wurde eine atrophische Zunge und eine Anacidität des Magensaftes festgestellt. Sichere Zeichen für eine Myelitis waren nicht vorhanden, seelische Störungen wurden nicht bemerkt. Die Blutwerte betrugen Hb 84%, Erythr. 3,4. Nach Frischleberbehandlung wurde die Kranke gebessert entlassen (Hb 81%, Erythr. 4,7) und ist bisher (Juni 1941) gesund geblieben.

Bei einer 52jährigen Frau, die keine Belastung aufweist, tritt eine depressive Verstimmung mit Ermüdbarkeit auf. Es sind deutliche Zeichen einer perniziösen Anämie vorhanden (Hb 59%, Ery 2,4, Leukopenie, Rechtsverschiebung, Lymphozytose). Weiterhin besteht Areflexie an den Beinen, schwankender Gang, subjektive Veränderung der Sensibilität an den Beinen. Auf Leber- und Arsenbehandlung bessert sich der körperliche Zustand, die gedrückte Stimmung schwindet; später sind auch die neurologischen Symptome nicht mehr nachweisbar.

4. Brunn., Elisabeth, 50 J. 19. 8. 35 bis 19. 10. 35 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Seit 4 Jahren fühlt die Kranke Schmerzen in der Hüftgegend und in den Unterschenkeln, besonders am rechten Schienbein. Befund: Die Kranke befindet sich in einem schlechten Ernährungszustand, die Gesichtsfarbe ist blaß, das rechte Schienbein ist druckempfindlich. Neurologisch besteht ein feinschlägiger Nystagmus, rechts mehr als links, Trömner- und Knipsreflex beiderseits positiv, schwache Bauchdeckenreflexe, lebhafte Patellarsehnenreflexe, Fußklonus rechts, links nur gering, Babinskischer Reflex rechts schwach positiv, Gordon rechts positiv. Das Blutbild hat folgende Werte: Hb 71%, Ery 4,4. Rotes Blutbild o. B., Leukozyten 8400 davon Stabk 2, Segm 60, Mono 4, Lympho 34.

Verlauf: Am 26. 8. wird die Kranke als abwehrend, widerwillig geschildert. Sie glaubt nicht wieder gesund zu werden und sagt „ich habe so Angst vor meiner Krankheit“. Am 28. 8. ist die Kranke wehleidig, empfindsam, sie überwertet ihre Beschwerden, die Stimmung ist schwankend meist depressiv. Am 17. 9. wird neurologisch gefunden: kein Nystagmus, nur Unruhe in den Endstellungen, Händedruck gut aber zittrig, Radius-

periostreflexe gesteigert, rechts mehr als links. An den Beinen Entspannungserschwerung, Patellarsehnenreflexe gesteigert, Achillessehnenreflexe lebhaft, rechts mehr als links, Fußklonus rechts, Babinskischer Reflex beiderseits, rechts mehr als links, Oppenheimscher Reflex links. Wegen des Verdachts auf perniziöse Anämie mit funikulärer Myelose wird mit Lebertherapie begonnen. Die Kranke bekommt ab 21. 9. 3mal täglich einen Eßlöffel Hepatrat und dabei 3mal 2 Tabletten Arsen-Eisentropon. Am 1. 10. gibt die Kranke eine Besserung an, sie habe kaum noch Schmerzen, ihre Stimmung ist ausgeglichen und zuversichtlich. Am 19. 10: Die Stimmung ist meist heiter, die Kranke kommt aber bei Kleinigkeiten noch ins Weinen und neigt immer noch dazu ihre Beschwerden zu überbewerten. Bei der Entlassung ist der neurologische Befund unverändert.

Nach Auskunft vom 23. 4. 41 ist Frau B. bisher gesund geblieben.

Es handelt sich bei dieser Erkrankung um spastische Erscheinungen an den Beinen und seelisch um eine Gedrückheit mit labiler Stimmung. Außer funikulärer Myelose mit unwesentlichen Blutbildveränderungen wurde noch eine multiple Sklerose erwogen. Die Art der psychischen und neurologischen Veränderungen und die Besserung derselben auf Leberbehandlung sprechen für erstere Diagnose. Es ist keine erbliche Belastung nachgewiesen.

5. Zahr., Ernst, 44 J. 12. 8. 29 bis 21. 8. 29 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Die Mutter nervös. Krankheitsbeginn vor 2 Jahren mit taubem Gefühl in den Fingern, Sehstörungen, Atembeschwerden, dann wurde das Gesicht gelb, plötzlich trat Angst auf; von da an war er unentschlossen bei der Arbeit, wußte nie, ob diese richtig sei oder nicht, machte sich Vorwürfe. Er kam deshalb in eine Anstalt, wo er Energieübungen machen mußte. Der Zustand verschlimmerte sich. Er bekam Schmerzen auf der Brust, im Rücken und in den Beinen, ging allmählich immer schlechter. Dazu kam eine Empfindungsstörung in der rechten Hand. Er konnte nicht mehr schreiben, kaum einen Bleistift halten und kein Butterbrot mehr streichen. Das Gesicht wurde immer fahler und blasser. In der letzten Zeit wurde es besonders schlimm mit ihm. Er konnte seine Beine überhaupt nicht mehr bewegen. Seit einer Woche hatte er Beschwerden beim Wasserlassen und mußte täglich katheterisiert werden. Vor einem Jahr wurde er vorübergehend wegen Blutarmut behandelt, wobei die Hände etwas besser wurden.

Befund: Die Haut ist blaßgelblich, die Schleimhäute sind blaß, an den Lungen besteht Dämpfung in den abhängigen Partien, das Herz ist stark nach links verbreitert, man hört ein systolisches Geräusch über der Spitze, der 2. PT ist verstärkt, 96 Pulsschläge in der Minute. Neurologisch: Unsicherheit und Wackeln beim Fingernasenversuch, links mehr als rechts, Bauchdecken- und Cremasterreflexe nicht auslösbar, Beine schlaff, keine aktive Bewegung möglich, zuweilen leichte Spannung in der Beugemuskulatur der Oberschenkel und geringe Zehenbewegungen; die Sehnenreflexe sind nicht auslösbar, Babinskischer und Rossolimoscher Reflex beiderseits positiv. Im 12. Dorsalsegment abwärts besteht eine zunehmende Hypalgesie, die Lageempfindung ist an den Beinen aufgehoben. Ein Blutbild wurde nicht angefertigt. Nach 9 Tagen tritt der Exitus ein. Bei der Sektion wurde folgendes gefunden: blasses Schädeldach, Stauung in den beiden

Unterlappen der Lungen, leicht dilatiertes hypertrophisches Herz, Herzmuskel blaß, Leber blaß, himbeerfarbenes Knochenmark[1]).

Es handelt sich um eine funikuläre Myelose bei perniziöser Anämie, die sich über zwei Jahre erstreckt. Ihr beigesellt sind eine Depression mit Sorgen, Selbstvorwürfen, Unentschlossenheit und Angst. Wenige Tage nach der Klinikaufnahme tritt der Tod ein, ohne daß eine Behandlung eingreifen konnte. Außer Nervosität der Mutter ist keine Belastung nachzuweisen.

6. Carl., Friedrich, 48 J. 2. 8. 37 bis 11. 11. 37 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Stammt aus einer Hugenottenfamilie. Eine Schwester ist sehr nervös, eine andere hat Selbstmord begangen, eine dritte litt an ängstlicher Depression. Die Mutter war nervös, aufgeregt, hatte viel Kopfschmerzen und starb an einem Nervenleiden. Ein Bruder der Mutter litt an Delirium tremens. Patient selbst war als Kind schon sehr einsam und auch später immer ein Einspänner, ein ruhiger, gutmütiger Mensch. Seit einem Jahr habe er eine geschwollene schmerzhafte Zunge, seit 8 Tagen schlechten Appetit und Gewichtsabnahme. Bis vor 4 Tagen war er seelich ausgeglichen, dann wollte er sich auf der Polizei anklagen, war traurig und ratlos, grübelte viel, saß in den Ecken herum, machte sich Vorwürfe, sagte er habe gestohlen, sein Gewissen sei überlastet, er habe sich die Butter zu dick gestrichen, habe die Ahnentafel gefälscht, sprach viel von Selbstmord, ein Fluch laste auf der Familie, hörte Stimmen, glaubte die Stieftochter sei schwanger.

Befund: Der Kranke ist gedrückt, ängstlich und ratlos. Er glaubt die Patienten unterhielten sich über ihn, er habe es deutlich gehört, die Krankenkasse komme nicht für ihn auf. „Das ist ja hier keine Nervenklinik, wie alles für mich eingerichtet ist.“ „Ich nehme an, daß das wieder ein neuer Prüfstein der Partei ist.“ Er glaubt, er werde heute Nacht abgeführt. „Für das was ich getan habe, muß die Vergeltung kommen.“ Die Leute seien für ihn hingesetzt, die müßten doch nach Hause. „Ich nehme an, daß ich ein Jude bin, meine Papiere stimmen nicht. Unter diesen anständigen Menschen komme ich mir wie ein räudiger Mensch vor. Alle müssen mich verachten. Ich bin ein aus Rassenschande geborenes Kind, gehöre nicht zur Sippe.“ „Ich komme über die Lügen nicht hinweg, muß immer lügen.“ „Ich gebe mir den Anschein krank zu sein und bin es nicht, habe in großsprecherischer Weise das Leben von mir geworfen, habe mit einer Klinge und einer Rolle Kordel mir das Leben nehmen wollen, die andern erzählen es sich ... wie nehme ich diese Lüge, mit der ich mich in das Haus eingeschlichen habe, auf mich!“ Der Kranke ist zeitlich und örtlich orientiert. Körperlich und neurologisch: Die Pupillen sind leicht entrundet und reagieren nur träge auf Licht und Nahesehen. Die geschwollene Zunge zittert leicht und weicht etwas nach rechts ab, feinschlägiger Tremor der gespreizten Finger, Unsicherheit beim Fingernasen- und Kniehackenversuch, Gang auch unsicher. Ein Blutbild hat folgende Werte: Hb 80%, Ery 4,1, Rotes Blutbild o. B., Leukoz. 4500, Segm 66, Mono 1, Eos 2, Lymphoz 31%. Im Urin war Urobilin nachweisbar.

---

[1]) Die Beschreibung der histopathologischen Befunde an Gehirn und Rückenmark dieses und anderer verstorbener Kranken bleibt einer besonderen Veröffentlichung durch Herrn Doz. Dr. *Stadler* vorbehalten.

Verlauf: 2. 8. Patient hat Schmerzen in den Beinen und kann schlecht gehen. 6. 8. Suicidideen, versucht das Fenster einzuschlagen, kriecht auf dem Fußboden umher. Blutbild: Hb 63%, Ery 3,0, minimale Anisozytose, Leukoz. 4200, Segm 61, Mono 3, Eos 2, Lympho 34. 28. 9. stärker deprimiert, weinerlich, unentschlossen, führt Selbstgespräche. 1. 10. verunreinigt Bett und Hemd. 7. 10. hat Harnverhaltung. 11. 10. kann nicht gehen, fällt gleich wieder um. 16. 10. kann schwer Urin lassen. 18. 10. hat Schmerzen in der Blasengegend. 21. 10. bei jeder Anstrengung läuft Urin weg, der Restharn beträgt 2000 ccm, hat eine schmerzhafte paradoxe Ischurie. 22. 10. blasse Haut, Puls 92/min, Blasengegend druckempfindlich, ruckartige unwillkürliche Bewegungen in den Armen, Bewegung der Beine schmerzhaft, grobe Kraft herabgesetzt. Patellarsehnenreflexe gesteigert, rechts mehr als links, Patellarklonus beiderseits, Achillessehnenreflex gesteigert, Fußklonus beiderseits, Babinskischer Reflex beiderseits, rechts mehr als links. Gordonscher und Oppenheimscher Reflex beiderseits positiv, die Sensibilität ist nicht zu prüfen, da der Kranke nicht zu fixieren ist, die Sprache ist stockend, leise, tonlos. 1. 11. Es besteht eine Blasen- und Mastdarmparese, der Kranke wird täglich katheterisiert, Bilirubinspiegel im Blut 1,7 mg%, im Urin ist Urobilin und Urobilinogen nachweisbar. 2. 11. Der Kranke liegt aphatisch da, gibt auf Fragen sinngemäß Antwort. Macht sich Selbstvorwürfe, hat Eigenbeziehungen, ist ratlos. An den Beinen ist keine aktive Bewegung möglich.

Die Behandlung besteht ab 3. 11. in Gaben von Eisenhepatrat und Eisentropon und einer Bluttransfusion. Am 4. 11. zeigt das Blutbild folgende Werte: Hb 40%, Ery 1,9, Anisozytose und Poikilozytose, Leukoz. 9900, davon Stab 3, Segm. 80, Mono 1, Lympho 14%. Pat. hat Minderwertigkeitsgefühle und Selbstvorwürfe. „Ich verdiene den Tod, ich habe gesündigt, ich will nicht, daß sie mich behandeln, lassen sie erst die andern gesund werden." Deutlich atrophische Zunge. Abends ist der Kranke unruhig, ängstlich, schwerbesinnlich, zeitlich nicht genau orientiert. Er sieht ratlos um sich. 7. 11. Es wird eine zweite Bluttransfusion von 500 ccm ausgeführt. Der Kranke stöhnt viel, die Atmung ist erschwert. 8. 11. Hat Brustschmerzen, äußert Selbstbeschuldigungen, „geschieht mir Recht, daß ich sterbe. Kümmern sie sich um andre Kranke." 10. 11. Ist leicht bewußtseinsgetrübt, zeigt etwas delirante Unruhe, die Herzaktion ist unregelmäßig, das Blutbild zeigt an diesem Tag folgende Werte: Hb 48%, Ery 2,0. Anisozytose, Leukoz. 12200, Stab 6, Segm 76, Mono 2, Lympho 13, große Lympho 3. Am folgenden Tag tritt ziemlich plötzlich der Exitus ein.

Es handelt sich hier um eine schwere Depression bei perniziöser Anämie, die nach etwa einjähriger Krankheitsdauer in Erscheinung tritt. Es besteht eine traurige, zeitweise auch ängstliche, ratlose Stimmung mit Selbstanklagen, Minderwertigkeitsgedanken, Selbstmordabsichten und Eigenbeziehungen. Bei der Klinikaufnahme zeigen sich Ausfälle der Bewegungsempfindung, jedoch nur geringe Blutbildveränderungen (Leukopenie und Rechtsverschiebung), weiterhin eine positive Urobilinprobe. Im Laufe von 3 Monaten verschlechtern sich das Blutbild und der neurologische Zustand. Psychisch ist der Befund bis 7 Tage vor dem Tode im wesentlichen unverändert, dann treten zur Depression noch Störungen des Bewußtsein mit deliranter Unruhe.

Es besteht eine starke Belastung mit Depressionen (2 Schwestern) und Nervosität (eine Schwester und die Mutter), sowie mit Alkoholismus (Muttersbruder). Der Kranke war schon früher auffällig, still und einsam.

Wir fassen die bisher beschriebenen Krankheitsbilder zusammen. Allen eigen ist ein depressiver Zustand im Sinne einer gehemmten Melancholie mit trauriger Verstimmung, Unwertgedanken, Selbstvorwürfen, Lebensüberdruß, Entschlußerschwerung. Beigemischt ist im 1. Fall ein neurasthenisches und hypochondrisches Verhalten mit Reizbarkeit, ferner eine Verschlechterung der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses, der Konzentrationsfähigkeit und des Rechnens. Im 2. Falle besteht neben dem depressiven Zustande Ermüdbarkeit, ferner eine zeitweilige Labilität der Stimmung. Ebenso verhält sich der 4. Kranke. Beim 5. Falle tritt bei der Verschlimmerung der Depression einmal ein Angstgefühl auf. Im 6. Fall ist die Depression sehr stark, und es treten zeitweise Angst, Ratlosigkeit, Eigenbeziehungen hinzu; zum Schluß Bewußtseinstrübung, zeitliche Desorientierung und delirante Unruhe. Bei allen Fällen besteht auch eine funikuläre Myelose. Es handelt sich stets um perniziöse Anämien.

Der Grad der seelischen Veränderung ist ein geringer bei der 4. Kranken, ein mittlerer bei den übrigen außer dem Fall 6, der als ein schwerer zu bezeichnen ist. Der Verlauf ist verschieden. Er ist nicht abhängig vom Grade der Depression, wohl aber vom rechtzeitigen Erkennen der Zusammenhänge mit der funikulären Myelose bzw. der perniziösen Anämie und somit abhängig von der Behandlung und im besonderen von der rechtzeitigen Behandlung. Zwei bis zweieinhalb Jahre dauert der Zustand bei den Kranken 1, 2 u. 5. Über 1—2 Monate erstrecken sich die Zustände bei 3. u. 4., während die schwere Depression des Fall 6 $3^1/_2$ Monate dauert. Der Einfluß der Behandlung ist im 2., 3. u. 4. Falle deutlich, wo die seelischen Erscheinungen nach der Leberbehandlung verschwinden. Die Fälle 5 u. 6 führen zum Tode, waren erst spät erkannt. 5 wurde überhaupt nicht und 6 nur ganz kurze Zeit (10 Tage) behandelt. Bemerkenswert und für die Diagnose wichtig ist, daß bei allen Kranken der seelischen Veränderung körperliche und neurologische Erscheinungen vorausgehen oder sie begleiten.

Eine Anlage zur seelischen Veränderung finden wir bei 1, 2 u. 6. Die beiden ersten Kranken neigen schon in gesunden Tagen zu ähnlichen, nur weniger ausgeprägten depressiven Erscheinungen, wie sie später in der Krankheit auftreten. Auch der Kranke 6 war schon früher auffallend still, jedoch auch einsam. Seine Familie zeigt eine erbliche Belastung in depressiver Richtung (2 Schwestern). Die de-

pressive Form der Psychose ist also bei der Hälfte der Fälle persönlich oder erblich vorgebildet. Außerdem findet sich Nervosität beim Vater von Fall 1, bei der Mutter von Fall 5 und bei der Mutter und einer Schwester von Fall 6. Der Sohn von Fall 3 ist schwachsinnig und hatte als Kind Krampfanfälle. Der Großvater väterlicherseits von Fall 2 war Trinker ebenso ein Muttersbruder des schwer belasteten 6. Kranken. Dieser Verwandte hat auch ein Delir durchgemacht. Migräne wird von einer Schwester des 1. Kranken, Linkshändigkeit von einem Kinde des 1. Kranken und einem Bruder von Fall 2 berichtet.

Zustände, wie wir sie bisher kennenlernten, sind in der Literatur mehrfach beschrieben. Daß Kranke mit einer perniziösen Anämie einen neurasthenischen Eindruck machen, ist bekannt und hängt zum großen Teil wohl mit der durch die Anämie bedingten tatsächlichen Herabsetzung der Herz- und Muskelkraft zusammen, ist also nicht als unmittelbares psychisches Symptom zu werten.

So schreibt *Strümpell* von den Perniziosakranken: „Alle Antworten geschehen matt, langsam, apathisch, leise. Zu irgendeiner erheblichen geistigen Anstrengung sind die Kranken nicht mehr fähig". Im Schrifttum begegnen uns neurasthenische Zustände immer wieder im Beginn anderer psychischer Veränderungen bei perniziöser Anämie. *Büssow* weist in seinen Beobachtungen über die Reihenfolge des Auftretens der psychischen Erscheinungen darauf hin, daß ein asthenisches, hypochondrisches Stadium im Anfang stände. Wir kommen auf diese Arbeit später zurück. Auch *C. Schneider* sagt in seiner Einteilung der psychischen Veränderungen bei perniziöser Anämie, daß chronische Verstimmung und Änderung des gemütlichen Gesamtverhaltens in Form von Reizbarkeit, Explosibilität, Brutalität, Schwermutszuständen mit hypochondrischen Kleinheits- und Versündigungsgedanken die ausgesprochene Geistesstörungen einleiten bzw. ihnen folgen können. *Hutter* betont als Frühsymptom der perniziösen Anämie seelische Erscheinungen überhaupt und nennt als solche Apathie, Reizbarkeit, schwermütige Stimmung mit Versündigungswahn.

Depressive Veränderungen bei perniziöser Anämie werden beschrieben von *Boedecker* und *Juliusberger*, der 2. von ihnen beschriebene Fall machte zu Beginn einen Suicidversuch bei depressiver ängstlich-weinerlicher Stimmung, später standen im Vordergrund ängstliche Erregung und Sinnestäuschungen. Der 2. der von *Behrens* beschriebenen chronisch-paranoid Erkrankten ist im Anfang gedrückt und versucht sich das Leben zu nehmen. Die 3 Kranken von *Grützmacher* zeigen alle sämtliche depressive Erscheinungen, der erste nur anfänglich. *Langelüddecke* berichtet von einem Kranken, der depressiv wurde, nachdem

er schon vorher leicht erregbar und ermüdbar war, später wird der Kranke delirant und ängstlich erregt, bei der zweiten Aufnahme steht ein depressiv-hypochondrisches Bild im Vordergrund. Die ausgesprochene Depression findet eine ausführliche Würdigung in der Arbeit von *H. Cosack*. In ihrer Beobachtung tritt bei einer perniziösen Anämie mit Achylie und neurologischen Erscheinungen eine schwere Depression mit Versündigungsideen, Beziehungswahn und hypochondrischen Vorstellungen auf, die ganz wie eine endogene Depression aussieht, ohne daß eine depressive Veranlagung oder Erblichkeit vorgelegen hätte. Auffallende Schwankungen des seelischen Zustandes begleiten eine hinzutretende Furunkulose kurz vor und nach einer Inzision. Es wird die Frage des Zusammenhanges depressiver und manischer Zustände mit perniziöser Anämie besprochen, inwieweit „endogene" Krankheitsbilder als solche anzusehen sind und durch die perniziöse Anämie nur aus der Latenz gehoben werden, oder ob es sich um symptomatische Psychosen bei perniziöser Anämie handelt. *Illing* beschreibt 3 depressiv-ängstliche-hypochondrische Kranke. Er ist der Ansicht, die Anämie wirke nur begünstigend auf das Zustandekommen der depressiven Zustände, die organische Erkrankung und die Depression beständen unabhängig voneinander. Depressive Veränderungen bei perniziöser Anämie werden weiterhin beschrieben von *Keßler*, der von einem melancholischen Zustand mit Kleinheitsideen und Angst berichtet, *Vieten* beobachtete 2 Kranke mit depressiv-paranoiden Zuständen. *Atkin* schreibt von Verfolgungsideen und schlaffen depressivem Verhalten. *Erbslöh* beschreibt ein hypochondrisch-depressives Zustandsbild bei einem 30jährigen Mann.

Manische Zustände fanden sich in unserer Sammlung nicht, doch sind auch solche im Schrifttum beschrieben, wenn auch als seltene und meistens nicht ganz reine Formen. Eine Kranke *Bonhoeffer*s, die schon immer ein heiteres Wesen hatte, zeigte eine verworren-manische Erregung mit zunehmender Inkohärenz und hinzutretenden negativistischen Zeichen. Ähnlich ist die Beobachtung *Schröder*s. Bei dem früher neurasthenischen und „originellen" Kranken von *Marcus* folgte auf ein hochgradig manisches Stadium eine depressive Phase mit Denkhemmung, Trägheit und Somnolenz. In einer Beobachtung von *Cosack* (Fall 2) war die manische Erregung insofern atypisch, als sich der Kranke von einer höheren Macht geleitet fühlte. Derartige religiöse Eingebungs- und Beziehungsideen bestanden auch noch fort, nachdem die manische Erregung abgeklungen und einer mißtrauischen und zeitweise gedrückten Verstimmung Platz gemacht hatte, in der der Kranke aber sonst geordnet war. Eine abnorme seelische Veranlagung oder Erblichkeit lag nicht vor.

II. Angstzustände

7. Schitt., Frieda, 51 J. 16. 12. 34 bis 20. 3. 35 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Eine Schwester ist sehr nervös, der Vater Trinker. Ein Neffe (Brudersssohn) in einer Anstalt (Epilepsie). Der Ehemann hatte eine Lues, ein Sohn hatte Kinderkrämpfe. Pat. ist seit $2^1/_2$ Jahren blutkrank. Sie hatte zuerst Bläschen an der Zunge, bekam Kribbeln in Armen und Beinen und fühlte sich sehr schwach. Sie wurde mit Leberspritzen behandelt, die keine Besserung brachten. Seit einem halben Jahr habe sie keine Periode, die Beine seien steif geworden, sie könne kaum mehr gehen. Bisher war sie eine heitere, gesellige, aber ehrgeizige und energische Frau. Seit 4 Wochen habe sie Angstzustände, machte sich Vorwürfe, glaubte man wolle ihr etwas antun, äußerte Verfolgungsideen. Bei der Aufnahme in die Klinik ist sie still, ängstlich und weinerlich. Die Hautfarbe ist blaß, es besteht eine Huntersche Zunge, die Augen zeigen leichten Exophthalmus, die Schilddrüse ist etwas vergrößert. Blutbefund s. u. Neurologisch: Trömner- und Knipsreflex li. pos. Mayerscher Reflex positiv, links mehr als rechts, Bauchdeckenreflexe lebhaft, Patellarsehnen- und Achillessehnenreflexe nicht auslösbar, fraglicher Babinskischer Reflex beiderseits, Oppenheimscher Reflex rechts positiv, Tonus in den Beinen herabgesetzt, der rechte Fuß hängt in Spitzfußstellung, Rombergsches Zeichen positiv, Gang unsicher, im Bereich der linken Körperhälfte außer Gesicht Berührungs- und Temperaturempfindung herabgesetzt. Verlauf: 18. 12. Wird zusehends ängstlicher, weint und jammert, die Schwestern wollen ihr etwas antun, sie umbringen, sie bittet man möge sie nicht allein lassen, sie fürchte sich so sehr. Sie liegt zeitweise wie benommen da und ist, wenn man sie aus diesem Zustand aufweckt, besonders ängstlich, sie verkennt auch Personen. Bekommt jeden Tag 3mal einen Eßlöffel Hepatrat und jeden 2. Tag eine Hepatopsoninjektion. 20. 12. Steigende Unruhe und Angstzustände, jammert in der Nacht laut auf, sie dürfe nicht schlafen, sonst würde sie erschossen. 21. 12. Ist äußerst ängstlich, behauptet im Keller seien Leichen, diese würden sie umbringen, sie höre schreien und rufen. 27. 12. Weiß nicht Tag und Datum anzugeben, hat eine Amnesie für die letzten Ereignisse. Es besteht ein Bluterguß am rechten Knöchel. 28. 12. Amnesie für die letzten Ereignisse hält an. 2. 1. 35. Äußert, sie habe so fürchterliche Angst, sie habe gar kein Bett für die Nacht, es sei ja gar nicht bezahlt worden für sie. Seit einigen Tagen zeigen sich große flächenhafte Blutergüsse an beiden Unterschenkeln. 19. 1. War öfters ängstlich und gereizt. Ist heute sehr ängstlich, wühlt in ihrem Bett herum. 25. 1. Ist jetzt wesentlich freier, nimmt an ihrer Umgebung Anteil, unterhält sich mit den Patienten, gibt spontan an, keine Angst mehr zu haben. 16. 2. Antwortet auf Prüfungsfragen mit „ich weiß es nicht", ist schwer zu fixieren. 28. 2. Weint, glaubt zu Hause sei etwas vorgekommen, ist gegen ihre Umgebung ablehnend, schlägt ohne Grund auf zwei Patientinnen. 1. 3. Weint viel, hat großes Heimweh, auf Verstandesfragen antwortet sie „ich kann überhaupt nicht mehr nachdenken", rechnet falsch, kennt Monat und Wochentag nicht, weiß nicht, seit wann sie in der Klinik ist, ist mißtrauisch, ablehnend und weinerlich. Neurologisch: Patellarsehnen- und Achillessehnenreflexe beiderseits erloschen, Kraft in den Hüftbeugungen etwas herabgesetzt, Spitzfußstellung des linken Fußes. 2. 3. 35 nach Hause entlassen. 8. 3. 35 Wiederaufnahme. Die Kranke war wieder sehr ängstlich, glaubte ihr Sohn

würde ermordet, schlug ihren Mann in ihrer Aufregung, jammerte und weinte. 15. 3. Die Kranke drängt unruhig wieder nach Hause, klagt über Heimweh, ist wechselnder Stimmung, weint häufig. 20. 3. 35 gebessert nach Hause entlassen. Am 26. 7. 1936 nach 2tägigem Aufenthalt im Heiliggeisthospital gestorben, war benommen, bot das typische Bild einer perniciösen Anämie. Keine Sektion.

Das Blutbild zeigte während des Klinikaufenthaltes folgende Werte:

	Hb	Ery	Rot. Blu.	Leuk	Stab	Segm	Eos	Mono	Baso	Lympho
Am 16. 12.	76%	4,2	o. B.	8800	1	66	1	5	—	27
„ 10. 1.	73%	4,0	„	8700	2	65	6	2	1	24
„ 5. 2.	82%	4,3	„	9000	1	61	3	7	1	27
„ 12. 2.	82%	4,6	„	10600	3	56	4	4	2	31
„ 20. 2.	82%	4,8	„	7100	3	46	2	9	—	40
„ 25. 2.	82%	4,5	„	7400	3	62	2	5	—	28

Am 10. 1. Urin: Ub + Ubg +. +

Nach 2$^1/_2$jähriger Krankheit entsteht bei der Patientin ein Angstzustand, nach 4 Wochen erfolgt die Klinikaufnahme. Es besteht nur anfangs eine geringe Anämie und eine Rechtsverschiebung in den Verhältnissen der weißen Blutkörperchen. Es finden sich Zeichen einer funikulären Myelose. Psychisch steht im Vordergrund die Angst mit ängstlicher Unruhe, die sich vermehrt trotz Leberbehandlung, hinzukommen amnestische Symptome. Der Anstieg der Angst und das Erscheinen der amnestischen Zustände fallen zusammen mit dem Auftreten von Hämatomen, zunächst an den Knöcheln, dann an den Unterschenkeln (hämorrhagische Diathese). Nach etwas über einem Monat tritt eine Besserung ein. Nach Entlassung muß die Kranke aber wenige Tage später mit stärkerer Angst wieder aufgenommen werden. Die Kranke zeigt erbliche Belastung mit Nervosität (Schwester), Krampfanfällen (Vetter, Sohn), Trunksucht (Vater). Sie befindet sich in den Wechseljahren.

8. Wein, Recha, 46 J. 24. 1. 34 bis 25. 2. 34 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Ein Bruder des Vaters und eine Base von Mutterseite haben vorübergehend eine Depression gehabt. Die Mutter der Kranken litt an Epilepsie, die Mutter der Mutter war sehr reizbar und heftig. Die Kranke war früher sehr lebhaft, intelligent, interessiert, hielt glänzende Vorträge, dichtete und zeichnete. Vor 4 Jahren wurde sie wegen Angstzuständen behandelt und geheilt, war aber seither ab und zu nervös, ein Blutbild war damals normal. Seit 2 Jahren ist die Kranke etwas deprimiert, was als eine Reaktion auf trostlose Lage der Familie aufgefaßt wurde. Neurologisch und intern bestanden bei einzelnen Untersuchungen keine pathologischen Befunde, seit 3 Monaten ist die Kranke deprimierter. Vor etwa 2 Monaten traten paranoische Züge hinzu. Es war damals folgender Befund zu erheben: Händezittern, Ataxie der Hände, Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe, Blutbild: Hb 37%, Rote Blut. 1,3, Leuk. 5700, Stabk 3, Segm 52, Mono 1, Lymphoz. 41%. Im roten Blutbild: Mikrozyten, Poikilozyten, Normoblasten. Auf die nun folgende Leberbehandlung besserten sich das Blutbild und die Ataxie. Der seelische

Zustand aber verschlimmerte sich. Zuletzt bestand nach Angabe des behandelnden Arztes ein halluzinatorisch-paranoischer Zustand mit zeitweiser psychomotorischer Erregung, iterativem Singen und Schreien und mit amnestischen Erscheinungen. Bei der Aufnahme ist die Kranke in großer Angst. „Schreiben sie das nicht, alles gerät mir zum Unheil ... ich fürchte mich so ..." Sie äußert Beziehungs- und Beeinflussungsideen, ist zeitlich nicht richtig orientiert. Ich weiß nicht, bin ich in der Welt oder habe ich nur geträumt. ... die machen Experimente, ob ich dies oder das gemacht habe ... die Schwester hat das heimlich getan, ich habe das gefühlt ... ich wußte manchmal nicht, wo ich bin ... ich weiß immer alles im voraus ... ich bin gar nicht verrückt ... es war alles so komisch ... die Schwester hatte eine so komische Stimme ... die Schwester hat mich ganz durcheinander gemacht ... bei allem was ich sagte, hat sie gemurmelt ... sie wollte mich entweder zum Narren halten oder ich weiß nicht was ich denken soll ... Ich habe so Angst vor ihnen ... die Schwester beobachtet mich, beängstigt mich ... ihr habt doch was mit mir vor." Auf die Frage ob sie Stimmen höre, sagt sie „Ich glaubte meinen Mann gehört zu haben, aber es war nicht mein Mann, ich habe sprechen gehört, konnte es aber nicht verstehen." „Warum niesen Sie?, die Schwester hat auch immer systematisch genossen ... warum soll ich das Opfer sein?! ... Die Welt, nein, nur mein ganzer Bezirk ist durcheinander ... wo sind wir eigentlich?!" Schreit wiederholt laut auf und versucht aus dem Bett zu gehen, schimpft und tritt nach den Schwestern. Die Patientin ist blaß, die Schleimhäute sind schlecht durchblutet, die Patellar- und Achillessehnenreflexe sind nicht auslösbar. Das Blutbild zeigt folgende Werte: Hb 73%, Ery 4,1, geringe Anisozytose, selten Mikro- und Poikilozyten, Leukoz. 8900, Stab 6, Segm. 75, Eos 3, Mono 3, Große Lymphoz. 1, Lymphoz. 12%, Thromboz. 257000. Senkungsgeschwindigkeit der Roten 16 mm i. d. Stunde. Im Urin Urobilin —, Urobilinogen —, +. Am 27. 1. dasselbe Bild, die Kranke klagt über Schmerzen im rechten Bein. Am 6. 2. Ist nicht mehr so ängstlich, blickt ratlos um sich, macht einen sehr müden Eindruck, es besteht eine gewisse Schlummersüchtigkeit. Bei Druck auf die Schulter-, Becken- und Oberschenkelknochen heftige Schmerzäußerung. Neurologisch unverändert. 15. 2. hat subfrebile Temperaturen, ist etwas schläfriger geworden. 20. 2. Schläft viel, weint manchmal, atmet schwer, Lungenuntersuchung ergibt keinen krankhaften Befund. Am 22. 2. wird eine Pneumonie nachgewiesen. 23. 2. Blutbild: Hb 72%, Ery 4,3, geringe Anisozytose, selten Poikilozytose, Leukoz. 11200, Stab 12, Segm 67, Eos 2, Mono 3, Große Lymphoz. 3, Lymphoz. 13%. Am 25. 2. tritt der Exitus ein. Eine Körpersektion konnte aus äußeren Gründen nicht vorgenommen werden. Gehirn entnommen.

Bei einer sehr lebhaften intelligenten Frau traten anfangs der 40er Jahre Angstzustände mit allgemeiner Nervosität auf, die sich wieder verlieren, nach 2 Jahren aber wiederkommen und zunehmen. Erst nach weiteren beinahe 2 Jahren werden neurologische und hämatologische Krankheitszeichen nachgewiesen. Blutuntersuchungen, deren Zeitpunkt nicht genau zu ermitteln ist, verliefen negativ. Nach Leberbehandlung tritt eine Besserung des körperlichen, jedoch eine Verschlimmerung des seelischen Zustandes ein, so daß nach einem weiteren

Vierteljahr die Klinikaufnahme notwendig wird. In der Klinik besteht ein Angstzustand mit Beziehungs- und Beeinflussungsideen, Ratlosigkeit und vermutlichen Halluzinationen (Stimmen). Die zeitliche Orientierung ist mangelhaft, die örtliche unsicher. Nach 10 Tagen läßt die Angst nach, die amnestischen Zeichen werden stärker, und die Kranke wird müde und schlummersüchtig. Nach einem Monat Klinikaufenthalt tritt der Exitus an Pneumonie ein. Die Kranke wurde in der Klinik mit Hepatopson behandelt.

Bemerkenswert sind hier auch die erblichen Verhältnisse. Dem ängstlichen Gepräge der Erkrankung entsprechen die Depressionen von Vatersbruder und Base. Der Normalzustand der Patientin enthielt wahrscheinlich hypomanische Züge. Außerdem finden sich Nervosität (Reizbarkeit) bei der Großmutter mütterlicherseits und Epilepsie bei der Mutter.

9. Börg., Emilie, 48 J. 20. 2. 22 bis 21. 3. 22 und 15. 11. 35 bis 25. 11. 35 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Ein Bruder ist wegen Trunksucht in einer Anstalt gewesen. Schon im Anfang der Ehe — Heirat vor 18 Jahren — war sie „wegen der Nerven" in Erholung, hatte gezittert und war leicht erregt. Die Nervosität wurde immer stärker, sie zitterte besonders mit der rechten Hand, den Haushalt machte sie nur oberflächlich. Seit einem Jahr ist sie sehr vergeßlich und schläft schlecht, zuletzt äußerte sie, sie solle verbrannt werden. Befund bei der Aufnahme: Die Kranke ist örtlich und zeitlich nicht orientiert. Sie verkennt Personen, glaubt die Ärzte zu kennen und nennt sie mit anderen Namen. Sie äußert Vergiftungsideen, beim Rechnen sagt sie „ich habe zuviel Durcheinander, ich denke zuviel an meine Wände, man hat alle Risse zugestopft, Chloroform hineingetan, damit ich ersticken sollte". Beim Erklären der Binetbilder zeigen sich Mißdeutungen und Verkennungen, sie bezeichnet die Personen mit Namen, einen Jungen am Boden als „zwei Hunde", Äpfel nennt sie „vergiftete Äpfel". Sie hört die Leute und die Kinder im Haus sprechen, daß das Haus angezündet werden solle, damit sie verbrenne. Im Bett wolle man sie diese Nacht umbringen, jemand habe gerufen „heute muß es geschehen", und habe Morphium auf sie gespritzt. Man habe ihr Gegenstände ans Fenster gelegt, damit sie sich vergiften solle. Sie habe furchtbare Angst, sie müsse aus dem Fenster raus. Beim Auskleiden fängt sie heftig an zu weinen „tun sie mir nichts". Ist sehr ängstlich. Körperlicher Befund: Puls 120/min. Die Zunge zittert beim Herausstrecken, die Finger zittern stark beim Ausstrecken, mitunter heftiges Zittern der auf dem Tisch liegenden rechten Hand, Sehnenreflexe sehr lebhaft, Bauchdeckenreflexe nicht auslösbar, bei Druck auf die Extremitäten wird heftiger Schmerz geäußert. Nonne und Pandy schwach +. Körperliche Untersuchung am 22. 2. Beim Aufstehen aus dem Bett sehr unsicher, Schwanken beim Gehen und Stehen, leichte choreatische Bewegungen in den beiden Armen, Händezittern beim Fingernasenversuch, nimmt intentionell zu, links mehr als rechts, der Kopf wackelt freischwebend hin und her, auch bei erhobenen Beinen Wackeln und Zittern, besonders der Füße, Patellar- und Achillessehnenreflexe gesteigert, bei passiver Bewegung starke Steifig-

keit, starke Abwehrreaktionen am ganzen Körper, Bauchdeckenreflexe nicht auslösbar.

Verlauf: 23. 2. War gestern sehr erregt, ist heute ruhig, rechts besteht eine Facialisparese, die Zunge weicht nach rechts ab, der linke Arm wird geschont. Am 25. 2. zeitweise lebhaft, bewegt den linken Arm wieder, die Sprache ist undeutlich. 7. 3. ist öfters unruhig, geht aus dem Bett, läuft umher, reißt das Fenster auf, ruft Feuer und Hilfe. 15. 3. fühlt sich von fremden Leuten nachts bedroht, die Frauen hätten zueinander geredet „schmeißt sie hinten in das Gebüsch rein, dort mag sie verrecken, das Mensch!", dann hätten sie Büsche mit roten Tollkirschen ins Zimmer geschleppt, um sie zu vergiften und hätten gesagt „wenn es auch langsam geht, so wirkt es doch". Sie könne ihr Brot nicht essen, weil der erste Bissen so schmecke als ob es vergiftet wäre. Wirft ihr Bettzeug durcheinander, geht aus dem Bett, läuft ängstlich umher, legt sich ins Bett anderer Kranker. 16. 3. redet in einem fort. Beim Erklären der Binetbilder zeigen sich Mißdeutungen, Verkennungen und Beeinflussungsideen. Beim Grußbilde sagt sie: „das ist das Bild, wo wir gewohnt haben... die Frau, die mir gesagt hat, gehen sie wieder ins Bett, sie erkälten sich sonst..." Nach dem Herrn gefragt, sagt sie: „das war ein fremder Herr, mit dem die Leute im zweiten Stock im Auto ausgefahren und dann wieder zurückgekommen sind. Im Hausgang haben sie laut gelacht über mich und gesagt: „Wir werden sie schon hinbringen, wo wir sie wollen". Sie haben es fertig gebracht, daß das ganze Haus gegen uns war. Ob sie unser Eheglück beneidet haben, weiß ich nicht." Nach dem liegenden Knaben gefragt: „Das ist der Hund von den Leuten im Parterre". 18. 3. Gebessert z. Z. frei von Angst- und Wahnvorstellungen, zeitlich nicht orientiert, redet viel und konfabuliert. 20. 3. Jetzt auch zeitlich orientiert. Die Merkfähigkeit ist noch gestört. 21. 3. nach Haus entlassen. Die Erkrankung wurde bis dahin als Encephalitis mit psychischen Störungen aufgefaßt.

15. 11. 35. Wiederaufnahme mit folgender Vorgeschichte: Seit 12 Jahren Zungenbrennen, in der letzten Zeit Unsicherheit und Schwäche in den Beinen, die Knochen seien empfindlich geworden, sie nehme fast gar keine Nahrung mehr zu sich. Auf die Frage, warum sie eingewiesen sei, antwortet sie: „Ich war ein bischen verwirrt, ich kann nicht mehr so denken wie früher, es ist alles langsamer und ich habe alles nicht mehr so beieinander, bin schwer besinnlich." Sie hört ihren Sohn rufen „oh komm gleich", hört auch dauernd ihren Namen, redet unaufhörlich in konfabulatorischer Art, ist dabei stark ablenkbar und zeitweise ängstlich. Zeitlich und örtlich ist sie nicht orientiert, die Merkfähigkeit und das Rechnen sind gestört. Die Satzbildung aus angegebenen Worten ist ihr nicht möglich, „das kann ich nicht, ich kann nicht" antwortet sie, verliert sich in Konfabulieren. Körperlich: Reduzierter EZ., fahlgraue subikterische Haut, schlechter Turgor, schlecht durchblutete Schleimhäute, Atrophie der Zungenschleimhaut, gelichtetes Haupthaar, submammillärer und inguinaler Intrigo, systolisches Geräusch über der Herzspitze, bisweilen Extrasystolen. Neurologisch: Pupillen reagieren schlecht auf Licht und Convergenz, die rechte Pupille ist verzogen, N. facialis rechts eine Spur paretisch, Zunge weicht nach links ab, verwaschene Sprache bei schwierigen Worten. Herabsetzung der Hörschärfe auf 1 m Flüstersprache. Der Tonus der Arme ist herabgesetzt. Radiusperiostreflex fehlt rechts, Trömner- und Knipsreflex positiv, leichter Intentionstremor mit Ataxie beim Fingernasenversuch, beim

Baranyschen Versuch Vorbeizeigen des linken Arms nach rechts. Fehlen der Bauchdeckenreflexe. Tonus an den Beinen herabgesetzt. Patellarsehnenreflex beiderseits schwach. Achillessehnenreflex links schwach. Sämtliche Extremitätenknochen sind bei Berührung empfindlich. Ein Blutbild hat folgende Werte: Hb 29%, Ery 1,5, starke Anisozytose, Mikrozyten, Poikilozyten, Megalozyten, Erythrozyten mit pathologischen Einschlüssen, Leuk. 4300, davon Stab 2, Segm 75, Mono 3, große Lymphoz. 1, Lymphoz. 19, Thrombozyten 45000. BKS 43 mm i. d. St. Magensaft: freie HCl negativ, Gesamtsäure 2,2.

Verlauf: 19. 11. Klagt über Atemnot, hat eine Amnesie für jüngstvergangene Ereignisse. Behandlung mit Hepatrat, Eisen, Pepsin-Salzsäure. 21. 11. äußert „Ich fürchte mich so...", — „Daß ich mich so um mein Kind ängstige!" 25. 11. an Bronchopneunomie gestorben. Ein an diesem Tage angefertigtes Blutbild ergibt: Hb 46%, Ery 2,5, starke Anisozytose, Megalo-, Mikro- und Poikilozyten, Normo- und Erythroblasten, basophile Punktierung, Polychromasie, Leukoz. 25100, davon Stab 6, Jugend 1, Segm 78, Mono 8, Lympho 7, Thrombozyten 60000. Sektionsbefund: geringe chronische Cystititis, Fettherz, Lipomatose des Pankreas, eitrige Entzündung des linken Sinus cavernosus, mandelkerngroßes Meningeom, eingewachsen zwischen die Faserzüge des linken N. Trigeminus bis zum Ganglion Gasseri. Verschmälerung der Hirnwindungen, im Mark des Großhirns, am Boden des vierten Ventrikels und in der Medulla oblongata finden sich erbsengroße hellgraurötliche, auf dem Schnitt leicht eingesunkene Narbem. Im unteren Brust- und im oberen Lendenmark einige graue Flecke in der weißen Substanz (mikroskopisch: Multiple Sklerose).

Die schon lange nervöse, zu Zittern geneigte und durch Trunksucht eines Bruders belastete Frau erkrankte zuerst mit 48 Jahren an einem Angstzustand mit Vergeßlichkeit und Desorientierung. Dabei bestanden neurologische Zeichen, die zur Diagnose einer Encephalitis epidemica führen: Zittern rechts > links, unsicherer Stand und Gang, Sehnenreflexe gesteigert, Bauchdeckenreflexe, Steifigkeit, undeutliche Sprache, vorübergehend rechter N. VII und linker Arm schwächer, ferner Druckempfindlichkeit der Knochen. In den folgenden Jahren trat die Angst zurück, die Unsicherheit und Schwäche der Beine dauerten aber an, ebenso die Druckempfindlichkeit der Knochen, über Zungenbrennen wurde geklagt. Die Kranke ging körperlich und geistig immer mehr zurück und wurde nach 13 Jahren wieder aufgenommen in einem ausgeprägten amnestischen Zustandsbilde mit Konfabulationen, Gehörstäuschungen und gelegentlichen Angstgefühlen. Außer Herabsetzung des Tonus, der Sehnen- und Bauchdeckenreflexe fanden sich Zungenabweichung nach links, Facialisschwäche rechts, verwaschene Sprache, Ataxie, Vorbeizeigen und Intentionstremor des linken Arms. Die perniziöse Anämie wurde erst jetzt nachgewiesen. Bei der ersten Aufnahme vor 13 Jahren war daran noch nicht gedacht worden. Inzwischen hatten sich außerdem eine multiple Sklerose und ein kleines Meningeom entwickelt.

10. Herz., Katharina, 43 J. 16. 4. 26 bis 27. 6. 26 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Der Vater der Kranken war sehr nervös, sie selbst ist einmal sitzen geblieben und hat 9 Kinder, 5 davon sind unehelich und an Syphilis gestorben, 2 Kinder haben einen blöden Gesichtsausdruck, ein Kind ist in der Hilfsschule. Seit 6 Wochen fühlte sie sich schwach und elend, bekam Kribbeln und Taubheitsgefühl in den Füßen, kam in eine Klinik, wo ein Blutbild folgende Werte zeigte: Hb 40%, Ery 1,4, Megalozyten, Poikilozyten, Polychromasie. Differenziertes weißes Blutbild: Neutrophile 50, Eos 2, Mono 12, Baso 1, Lymphoz. 35%. Verlegung in die Nervenklinik, da die Kranke jeder therapeutischen Behandlung widerstrebte, schreiend im Hemd umherlief, nach Hause drängte, ängstlich war und fürchtete man wolle sie operieren. Aufnahmebefund: Haut und sichtbare Schleimhäute gelblich verfärbt, leichter Tremor der Hände, Patellar- und Achillessehnenreflexe sehr schwach, Babinski beiderseits angedeutet. Verlauf: In den ersten Tagen ist sie mürrisch, verdrossen, schimpft besonders nachts aus geringfügigen Anlässen in gemeinen Redensarten, sträubt sich gegen Injektionen, verlangt einförmig nach Hause, beschwert sich über Arzt und Schwestern, man erfülle ihre Wünsche nicht. Jammert dann wieder und sagt man möge sie sterben lassen. Die Kranke ist debil. Die Merkfähigkeit ist sehr schlecht. Blutbefund s. u. Die Behandlung wird mit Arsacetin durchgeführt (eine Kur mit Injektionen, und eine Kur mit Pillen), am 28. 4. erfolgte eine Bluttransfusion von 400 ccm. 10. 6. Die Parästhesien an den Beinen sind geschwunden, die Stimmung ist bedeutend heiterer, nicht mehr so ängstlich und so querulatorisch. Die Kranke ist einsichtiger, läßt sich vertrösten. 22. 6. Sieht körperlich erholt aus, die Gesichtsfarbe ist nicht mehr so gelb, Pat. ist zugänglich und freundlich, hat keine Klagen mehr, erinnert sich an ihre frühere Ängstlichkeit. Die Merkfähigkeit hat sich erheblich gebessert. 27. 6. 26. Entlassen.

Der Hämoglobingehalt zeigt folgende Werte:

Am 10. 5.	22% Aniso- und Poikilozytose, einzelne Myeloz.		Am 5. 6.	40%
			„ 10. 6.	52%
„ 16. 5.	22% (Erste Arsacetinkur mit Injektionen)		„ 15. 6.	52% (Zweite Kur mit Arsacetintabletten)
„ 22. 5.	22%		„ 22. 6.	52%
„ 26. 5.	25%		Nach Erkundigung ist Pat. am 5. 3. 27 gestorben.	
„ 30. 5.	35% (Absetzen der Kur)			

Im Verlauf einer perniziösen Anämie tritt bei einer debilen 43jährigen Frau ein Angstzustand mit paranoisch-querulatorischen Zügen und Herabsetzung der Merkfähigkeit auf. Durch Behandlung mit Aracetin bessern sich die Hämoglobinwerte im Verlauf von 2 Monaten und die psychischen und neurologischen Störungen treten zurück.

Wir fassen die wesentlichen Züge dieser 4 Angstzustände zusammen und erinnern uns dabei, daß auch schon bei 2 Fällen mit einfachen depressiven Erscheinungen (Fall 5 u. 6) Angstgefühle aufgetreten waren, die jedoch das Krankheitsbild nicht wie hier beherrschten. Im Gegensatz zu der depressiven Hemmung der Kranken der ersten Gruppe sehen wir hier ängstliche Unruhe mit Jammern, Weinen, klagenden, hilfeflehenden Reden, Umherlaufen, Bettflucht, nächtlicher

Störung, Nahrungsverweigerung, Drängen nach Hause. Bei einzelnen Kranken geht die angstvolle Abwehr in Angriffe gegen die Umgebung über; Frau W. (8) schimpft, schlägt und tritt. Oder der Angst tritt eine vorwurfsvolle Gereiztheit, eine übelnehmendes und rechthaberisches Verhalten zur Seite, das der Psychose eine paranoisch-querulatorische Note erteilt (Fall 10). Stärkere Angst zieht bestimmte Angstvorstellungen, einen ängstlichen Verfolgungs-, Vergiftungs- oder Verarmungswahn nach sich (Fall 7 Schitt). Die Angstvorstellungen erhalten oft eine sinnliche Verstärkung in angstvollen Phonemen. Die Kranken hören z. B. aus dem Keller rufen und schreien. Eine konfabulatorische Neigung gestaltet das zu einer Vorstellung aus, im Keller seien Leichen, die Kranke und ihr Sohn würden ermordet (7). Pat. 9 riecht Chloroform und Morphium, das Haus wird angezündet. Bei anderen Kranken gesellen sich zur Angst Eindruckserlebnisse der Beziehung, Bedeutung, Beeinflussung: die Schwester murmelt zu allem, was die Kranke sagt, oder sie nickt systematisch, alles ist komisch, es wird etwas heimlich gemacht (8).

Bei allen Kranken bestehen neben der Angst mehr oder weniger starke amnestische Symptome, während das bei den einfach Depressiven nur zweimal unter 6 Kranken eintrat (Fälle 1 und 6). Am geringsten sind dieselben bei Fall 10 (Herabsetzung der Merkfähigkeit), stärker bei Fall 7, die auch eine Erinnerungsschwäche für die jüngste Vergangenheit hat, zeitlich desorientiert ist und manchmal Personen verkennt. Auch die Denkvorgänge und die Rechenleistungen sind herabgesetzt, zeitweise erscheint die Kranke wie benommen. Noch schwerere amnestische Erscheinungen zeigen die der Krankheit erlegenen Kranken 8 und 9. Bei Fall 8 ist die zeitliche Orientierung mangelhaft, die örtliche unsicher, zuletzt tritt Schlafsucht hinzu. Die 9. Kranke ist bei der ersten klinischen Aufnahme neben ihrer Angst vergeßlich, örtlich und zeitlich mangelhaft orientiert, Konfabulationen treten hinzu. Bei der 2. Aufnahme, 13 Jahre später, ist die anfangs beherrschende Angst kaum mehr nachweisbar, die amnestischen und konfabulatorischen Störungen liegen fast rein zutage, können allerdings wegen der inzwischen hinzugetretenen multiplen Sklerose und des Hirntumors nicht ausschließlich auf die perniziöse Anämie bezogen werden.

Während von den depressiven Kranken nur 2 unter 6 also ein Drittel starben, sind es von den Kranken mit Angstzuständen die Hälfte (2 : 4). Die ängstlichen Formen sind eben schwere Arten von symptomatischen Psychosen.

Am Verlauf fällt auf, daß die Angstzustände nie lange Dauer haben, sie sind vorübergehend. Bei 8 wird die Angst allmählich durch

die Somnolenz verwischt bei 7 und 10, verschwindet die Angst unter der Behandlung. Bemerkenswert ist bei Fall 8 die Angst als Frühsymptom der perniziösen Anämie überhaupt. Schon bevor körperlich etwas nachgewiesen werden konnte, bestanden vorübergehende Angstzustände. Bei Fall 7 und 10 gehen die körperlichen Zeichen der seelischen Veränderung voraus. Spinale Symptome fehlen in keinem Falle.

Bei Fall 7 und 10 bringt die Leber- bzw. die Arsacetinbehandlung Besserung, bei 9 beginnt die Behandlung erst kurz vor dem Tode, bei 8 tritt trotz der Leberbehandlung eine Verschlimmerung des seelischen Zustandes ein, hält an und wird noch stärker, nachdem das Blutbild schon fast normale Werte erreicht hat.

Eine gleichartige oder mindestens verwandte erbliche Belastung zeigt nur die Kranke 8 (Depression bei Vatersbruder und Base). Die Kranke selbst zeigte früher ein sehr lebhaftes Wesen, darin möglicherweise hypomanische Züge. Bei den 3 andern Kranken findet man an charakterlichen Anlagen und Belastungen: Nervosität der Schwester bei Fall 7, des Vaters bei Fall 10, der Kranken selbst bei Fall 9, Schwachsinn der Kranken 10 selbst und bei ihrem Kinde; Krämpfe bei Sohn und Vetter von Fall 7, Trunksucht beim Vater von Fall 7 und einem Bruder von 9. Zwar ist keiner der 4 Kranken für sich oder seine Sippe völlig frei von abnormen seelischen Eigenschaften, aber diese Umstände treten doch sehr zurück gegenüber den gleichen Umständen bei der 1. Gruppe der Depressionen.

Auch in der Literatur sind einige Fälle beschrieben, in denen Angst besonders hervortritt. In einer Zusammenstellung *Bonhoeffer*s finden sich unter 3 Anämiepsychosen 2 Angstzustände mit Desorientierung. *Weimann* schildert eine 55jährige Frau, die nach Jahren depressiven Verhaltens schwere Angst zeigt, Vergiftungs-, Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, Sinnestäuschungen und Desorientiertheit bestehen daneben. Bei zunehmendem Verfall wird die Kranke schlafsüchtig und stirbt. *Wohlwill* berichtet von einem 42jährigen Mann mit einer perniziösen Anämie und funikulärer Myelose, bei dem Ängstlichkeit und Jammern im Vordergrund stehen, daneben treten Wahnideen und später Apathie auf. *Behrens* weist in seiner Arbeit über chronisch-paranoide Anämie-Psychosen darauf hin, daß das Symptom der Angst bei den paranoisch-halluzinatorischen Psychosen besonders ausgeprägt sei. Auch *Braun* beschreibt ängstliche Erregungszustände und ängstlich-depressives Verhalten bei einer perniziösen Anämie. *Cain* und *Ceiller* beobachten vier Fälle, die alle das Symptom der Angst aufweisen.

Zusatz: Kurz vor Abschluß der Arbeit begegnete mir in der Sprechstunde eine 51jährige Patientin mit folgenden Beschwerden: Seit einem

Jahr sei sie müde, schlaflos, die Arbeit werde ihr zu viel, obwohl diese nicht groß sei, dabei seien Gliederschmerzen, zeitweise Eingeschlafensein der Hände und Füße, der Appetit sei schlecht. Manchmal bekomme sie plötzlich Angst und eine Unruhe im Körper, dieser Zustand dauere für Stunden an. Die Kranke sieht blaß aus, die Zunge ist atrophisch, sie bringt ihre Beschwerden in klagendem und weinerlichem Ton vor. Ein Blutbild ergibt folgende Werte: Hb 75%, Ery 3,5, leichte Anisozytose. Leukoz 5000, davon Segm 61, Eos 5, Baso 2, Mono 7, Lympho 25. Neurologisch kein krankhafter Befund. Die Kranke erhält Eisenarsentinktur und jeden zweiten Tag eine Injektion von B 1-Hepatrat. Nach 2 Wochen ist die Angst geschwunden. Nach einer weiteren Woche erhält die Kranke noch wöchentlich 2 Injektionen. Nach weiteren 3 Wochen ergeben die Blutwerte: Hb 82%, Erythr. 4,2. Es treten nur noch zeitweise Schmerzen in den Armen auf, sonst hat die Kranke nichts mehr zu klagen.

III. Halluzinosen

11. Imf., Wilhelm, 47 J. 25. 4. 24 bis 9. 9. 24 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Eine Schwester des Kranken leidet an Krampfanfällen, seine Frau starb mit einer progressiven Paralyse. Schon vor 10 Jahren hatte er Schwindelanfälle. Vor 3 Jahren wurde eine Schlagaderentzündung bei ihm festgestellt, und mit Salvarsaninjektionen behandelt. Er fühlte sich damals matt, hatte Durchfälle und Erbrechen, eine Unsicherheit in den Beinen, mußte an zwei Stöcken gehen. Seit $1^1/_2$ Jahren hat er Schmerzen in den Beinen. Augenärztliche Untersuchung am 10. 1. 23 ergab: alte Retinitis, Papille verdächtig blaß. Wa.-R. im Blut war am 13. 4. 22 und 6. 8. 23 negativ. Vor 3 Monaten war der Kranke wegen Blutarmut in ärztlicher Behandlung, bekam Arsacetin und Salzsäure, das Gehen machte ihm Beschwerden, seit 3 Wochen konnte er nicht mehr gehen. Befund: Der Kranke hat den Eindruck, daß ihm nachgestellt würde. Er hört im Nebenzimmer Stimmen, deren Wortlaut er nicht wiedergeben kann. Die Stimmen seien offenbar gegen ihn gerichtet. Eine Beleuchtungsanlage an der Wand sei auch da, um ihn zu beobachten und ihm nachzustellen. Die ganze letzte Nacht habe man ihn durch die Fenster beobachtet. Ferner sei ein Apparat unter dem Zimmer angebracht, durch den er dauernd beeinflußt würde und durch den eine übernatürliche Hitze im Zimmer verbreitet würde. Wenn Ärzte zusammen sprechen und er verstehe es nicht, so besprächen sie eine Methode um ihn zu töten. „Vor der Tür hat jemand gesagt, ich sei ein Stromer, ein Drecksack. Ich höre sehr gut, die Patienten haben geknoddert: nichts wie raus mit dem Kerl." Er weint: „Ich bin so unschuldig, wenn ich doch ein Plätzle hätt' wo ich sterben könnt'." Fortwährende Unruhe im Bett, der Kranke macht sich bloß, „Sind hier immer noch die Heizkörper an der Decke, daß ich verbrenne!" Er hört: „Hinaus mit dem Kerl, Hinaus, hinaus!". Körperlicher Befund: Blasses Aussehen, Anämische Schleimhäute, Puls 120/min., Leber einen Querfinger breit unter dem Rippenbogen zu tasten, leichtes Oedem an der Innenseite des rechten Unterschenkels. Blutbilder s. u. Neurologisch: Zunge zittert beim Herausstrecken. Mayerscher Reflex li. +, re. —, Bauchdeckenreflexe rechts schwächer als links. Stehen gelingt nicht einmal mit Unterstützung. Schwäche der Beuger am rechten Ober- und Unterschenkel, in geringem Maße auch links.

Patellar- und Achillessehnenreflexe beiderseits klonisch, Patellar- und Fußklonus beiderseits, Babinski-Gordon-, Oppenheimreflexe beiderseits positiv, Ataxie beim Knie-Hackenversuch beiderseits, Bewegungsempfindung an Zehen aufgehoben, Unsicherheit in der Lokalisation von Berührungen an den Füßen. Verlauf: 15. 5. „Eben reden sie wieder über mich, die Leute beschweren sich bei den Pflegern, daß es so riecht.“ Er rieche selber aus dem Magen und schmecke es auch. Durch den Saal würden immer aus Röhrchen in der Wand, die er sehe, von einem Arzt Spritzen gemacht, die er rieche und schmecke. Wenn eine komme, halte er immer den Atem an, bis es verflogen sei. Der Arzt sage: „Wir werden den schon kaputt machen, den Dieb!“ Bezieht alles Gesprochene auf sich, die Leute reden es ganz laut, daß er ein Schuft sei, einen Ausschlag habe, einen Schanker, sie hätten es ihm aus der Zeitung vorgelesen. Auch Bilder habe man ihm an die Wand gemacht, „Männchen“ und „Weiberchen“. Sein Bett sei zu Versuchen elektrisch geheizt. Wenn er etwas denke oder leise spreche, so wüßten es die andern gleich nebenan, erklärt das mit einem Apparat, der seine Gedanken aufschreibe mit Punkten und Strichen durch eine feine Nadel, die sich bewege, sobald er den Mund verziehe, durch die entstehenden Luftbewegungen bewege sich die Nadel. Wird mitunter plötzlich gedrückt, wenn er viel reden hört, weint dann, sagt, man wolle ihn aufhängen, ihm den Kopf abschlagen. Mittelpunkt der „Verschwörung“ sei der Arzt auf der andern Abteilung. Dieser wolle seine „Teile“ — Leber und Hoden — zu wissenschaftlichen Zwecken verwenden. Man wolle ihn ertränken, sein Körper sei ganz heruntergekommen. Neurologisch: Außer dem bisher erhobenen Befund leichtes Abweichen der Zunge nach rechts, Nystagmus beim Blick nach rechts, Cremasterreflex negativ, Lagesinn in den Zehen und Fußgelenke fehlt völlig, Hypalgesie aller Zehen rechts, der großen Zehe links, Hypästhesie und Hypalgesie abwärts von D 12. Beschwerden beim Wasserlassen, muß stark drücken. 21. 5. Dauernd das gleiche ängstlich-halluzinatorische Zustandsbild. 29. 5. hat dauernd subfebrile Temperaturen. 5. 6. Liegt leicht stuporös zu Bett, spricht spontan nicht, ist auf Fragen sehr einsilbig, gibt ungern Auskunft, kommt leicht ins Weinen. Ist orientiert. 13. 6. Ist sehr abweisend, spricht sich über seine Erlebnisse nicht mehr aus. 22. 6. Hypäthesie für Schmerz und Berührung von der Mitte der Oberschenkel abwärts zunehmend. Äußert: „Sie haben mich krank gemacht, immer wenn ich mal wieder etwas besser bin, haben Sie sich zusammen getan. Sie stecken alle unter einer Decke gegen mich, sie lassen mich verhungern, sie geben mir vergiftetes Essen.“ Muß mit der Sonde gefüttert werden, liegt matt da, schließt während der Untersuchung öfters die Augen, ist sehr mißtrauisch. Sagt, er sei mißgestimmt und ärgerlich. Blasenschwäche, Spasmen in den Beinen, Fußklonus. 2. 7. Liegt im Garten, deckt den Kopf zu; sagt, er würde kinematographiert. Im 2. Stock sei einer mit einem Kasten, mit einem Kino. „Ich muß mir alle Schimpfworte nachsagen lassen. Die Frauen in der Waschküche nennen mich einen Schuft.“ 4. 7. Unempfindlichkeit gegen Temperatur, Schmerzen und Berührungen von der Leistenbeuge abwärts, hinten von der Crista iliaca abwärts. Die Störung für feine Berührung fängt schon an den Rippenbogen an, im Rücken schon am 10. bis 11. Dornfortsatz, links etwas höher als rechts. 10. 7. „Dr. X. hat mich aus dem Krankenhaus gestohlen und wenn meine Frau mir was mitgebracht hat, hat er es genommen.“ „Der frißt und schafft nichts“ heißt es, wenn ich etwas zu essen bekomme. 9. 8. „Ich

habe so Angst hier unten, die Leute sagen, ich wäre ein Faulenzer. Der „Arzt" (ein Patient) hat geschrien: „Ich ruhe nicht, bis du verreckst, raus muß er!" Der Arzt hat auch gesagt, er tät mich vergiften und darum habe ich immer gemeint, das Essen wäre vergiftet. Meiner Frau will er auch keine Ruhe lassen, die wird er auch noch hierher schleifen. Wir müssen alle beide zusammen ertrinken. Er verfolgt mich überall hin. Er behauptet stets, ich käme hier nicht mehr lebend raus. Und wenn das kam, da konnt ich nicht einmal nichts essen, das hat der auch alles gemacht. Ich brauch ihn gar nicht zu sehen. Ich kenn ihn an der Stimme. Er hat die Leute aufgehetzt, ich hätte Schanker und da haben sie alle gegen mich gehetzt. Auf der und anderen Abteilungen hat er durch die Wand Pulver geblasen. Er hat mir das selbst gesagt. Dann hat er Wärtern verboten mir Waschwasser zu bringen. Es ist doch nicht recht, daß so ein Mann hier am Institut ist. Er sagt, auch nach Hause tät er mich verfolgen, weil ich immer gesagt hatte ich wolle heim. Mistfink und Sau hat er mich geheißen. Dann ist er zu Waschfrauen gegangen und hat die aufgehetzt, dann war er zufrieden und hat gelacht. Wo ich hinkam war ich immer schon verrufen durch den. Jetzt habe ich wieder was auszuhalten, wenn Sie gehen. Ich fürchte mich schon davor. Der ist jetzt wütend auf mich. Was werd ich wieder für Schmerzen auszuhalten haben. Da! Diese Gemeinheit! Haben Sie gehört! Jetzt redet er eben mit dem Badewärter, sie sollen so tun als wenn es ein Unglücksfall wäre, er wolle es schon machen! Oh je! Herr Dr. verlegen Sie mich nach einer andern Abteilung und verbieten Sie ihm, daß er nachkommt. Drei Wochen soll ich die größten Schmerzen haben, dann wollte er mich umbringen. Haben Sie es nicht gehört! Da bring ich mich doch selber um! Heute Nacht bringe ich mich um!" Hat heftige Schmerzen in den Beinen und in der Leistengegend, die Beine können spontan nicht bewegt werden, starke Spasmen. Zahlen werden von Brustwarzenhöhe abwärts nicht mehr erkannt. Berührung wird unterhalb der Nabelhöhe nicht mehr angegeben. Dort beginnt auch eine Hypästhesie gegen Schmerz und Temperatur. Unterhalb des rechten Knies komplette Anästhesie, links schon 4 cm unterhalb des Nabels Anästhesie. 21. 8. Ikterische Hautfarbe, starke Schmerzen in den Beinen. 28. 8. starke Schmerzen in der Brustwarzengegend; dort Hypästhesie für alle Qualitäten. Äußert, er wolle über seine Peiniger gar nicht mehr reden. Das habe keinen Zweck, wenn er etwas sage, müsse er es sofort wieder bitter büßen. 1. 9. Seelisch derselbe Zustand, daneben ist der Kranke zeitlich ungenau orientiert, er klagt über Parästhesien in den Armen, Schmerzen in der Blase, ist zeitweise schläfrig. 9. 9. Ist somnolent, heute Exitus letalis.

Am 7. 9. und 11. 8. erhielt der Kranke 10 ccm Normalblut i. v. Das Blutbild zeigt folgende Veränderungen:

	Hb	Ery	Rot. Bluth.
Am 25. 4.	82%	4,2 G.	vereinz. geschweifte u. birnförmige Ery.
„ 25. 5.	88%	3,2	Einige Megaloz., Leukoz 8400, davon Neutroph. 56. Ly. 44
„ 4. 7.	55%	2,9	geringe Anisozytose
„ 7. 8.	43%	1,3	Mäßige Anisozytose
„ 11. 8.	48%	2,5	geringe Anisozytose
„ 21. 8.	30%	1,5	
„ 28. 8.	20%	0,9	auffallend geringe Anisozytose.

Die Sektion ergab: Anämie des Gehirns, gelbliches Knochenmark, Tigerherz, Milz: wenig Pulpa, keine Vergrößerung, Pankreassklerose, Nephritis interstitialis paremchymatosa, Magendarm o. B.

Nach dreijähriger Krankheitsdauer treten bei einer perniziösen Anämie mit funikulärer Myelose Halluzinationen, besonders Phoneme und Sensationen mit Beziehungs- und Beeinflussungsideen und mit Angst auf. Dieser Zustand hält 4½ Monate an, Personenverkennung und zeitliche Desorientierung treten hinzu, wenige Tage vor dem Tode geht der Zustand in Somnolenz über. Die Anämie und die funikuläre Myelose nehmen während des Klinikaufenthaltes immer mehr zu. Die Leberbehandlung war damals noch nicht bekannt, die Behandlung bestand in Gaben von Arsacetin und intravenösen Injektionen von Normalblut. Eine Schwester leidet an Krampfanfällen.

12. Grass, Maria, 42 J. 8. 1. 31 bis 4. 2. 31; 14. 4. 32 bis 11. 7. 32; 14. 7. 32 bis 16. 11. 32; 29. 10. 33 bis 8. 3. 34 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Der Vater der Kranken starb an progressiver Paralyse, dessen Mutter soll sich erhängt haben. Die Kranke war früher mißtrauisch, schloß sich nicht leicht an, war gewissenhaft und „übergenau", sie hatte etwas theatralisches schon immer an sich. In der letzten Zeit sehr starke Menses. Schon vor 14 Tagen behauptete sie, sie sei hypnotisiert, sie werde verfolgt. Die Leute liefen ums Haus beeinflußten sie. Hat schon mehrere Nächte nicht mehr geschlafen. Befund: Die Kranke kommt angstvoll weinend ins Untersuchungszimmer, sie wisse gar nicht so recht, wo sie sei, äußert: „Ja ich bin hypnotisiert ... der Pfarrer in der Kirche hat mich so angesehen, da ging ein Schlag durch mich hindurch, da ist es geschehen". Sie gerät in lebhafte Schilderung mit heftigsten Ausdrucksbewegungen, sie sei zu dem Geistlichen in die Wohnung gegangen, der habe sie so merkwürdig durch eine schwarze Brille angesehen, wie mit Teufelsaugen, sie habe so starke Angst bekommen, habe gezittert. Es war ihr, als ob ihre Augen unter dem Druck seiner Augen brechen würden, und nachher den Schmerz am Herzen, es sei furchtbar. Alles sei ihr so merkwürdig vorgekommen, alle Fragen des Geistlichen so bedeutungsvoll. Zu Hause hatte sie das Gefühl, als täten sich die Augen tief in den Kopf einbohren, und dann einen fürchterlichen Druck am Herzen mit schrecklicher Angst. Es war ihr, als ob die Menschen vor ihr fortliefen, alle hätten sie so eigenartig angesehen. Vor allem nachts war es schlimm, sie hatte dann fürchterliche Angst, als ob Leute da wären, die sie mitnehmen wollten, um sie zu töten. Sie jammert und weint heftig. „Ach Gott, ach Gott, was ist das nur hier, was soll mit mir geschehen, bringen sie mich doch lieber gleich um." Sie sieht sich dauernd ängstlich beobachtend um, schrickt bei Annäherung der Schwester zusammen. Sie könne gar nichts denken, der Kopf tue ihr so weh, im Kreuz sei ein Ziehen. „Ich habe Angst ... ich weiß ja überhaupt nicht ... dieses Angstgefühl innen ... es ist hier so einsam, so unheimlich." Sie ist zeitlich und örtlich orientiert. Körperlich: leichter Händetremor, leichter Exophthalmus, Dermographismus. Am 14. 1. erzählt sie weiter, die Menschen der Umgebung waren anders zu ihr, als ob sie unter irgend einem Einfluß ständen. Dies sei ganz furchtbar gewesen, auch einzelne Gegenstände waren anders, das Tor zur

Nervenklinik erschien ihr grausam unheilvoll, nicht wie sonst ein Tor. Zugleich spürte sie eine Beeinflussung ihres Körpers, es war wie wenn sich ihr eine Leuchtkugel, ein Strahl ins Herz brannte. Ein Blutbild am 15. 1. ergibt folgende Werte: Hb 55%, Ery 4,5, Leukoz. 6300, davon Segm 66, Eos 2, Mono 3, Baso 2, Lymphoz. 27%. 20. 1. Die Kranke ist völlig geordnet, fleißig, spricht nur etwas viel. Sie hat aber doch das Gefühl, daß die Umwelt ihr unheimlich sei. Sie ist gegen Brillen mißtrauisch, vielleicht könne ihr davon das Unheil kommen. 26. 1. Sie erzählt von früher: Es war ihr so, als ob ganz Fechenheim auf einmal mit einer Mauer umgeben sei, sie fühlte sich wie eingeschlossen, wie bedroht. Die Menschen und Gegenstände drangen so plötzlich auf sie ein, hatten etwas Bedrohendes für sie. Alles kam in Richtung auf sie. Es war ganz furchtbar, sie überlegte, was an ihrer Person wohl besonderes war, daß sie so plötzlich im Mittelpunkt stand; warum gewann ihre Person so an Interesse? Sie konnte es sich nicht erklären. Sie konnte nur aufschreien, fühlte sich in ihrem Leben bedroht, ganz unheimlich. Wie ein gereizter Stier mußte sie aufbrüllen. Jetzt sei das nicht mehr, aber anfangs als sie hier war noch. Am 4. 2. wird die Kranke gebessert nach Hause entlassen. Die Diagnose lautete auf ängstliche Beziehungspsychose. Sie erhielt vom 16. 1. bis 30. 1. 3mal täglich 4 Arsentabletten ansteigend bis zu 3mal 10 und wieder abfallend bis 3 mal 4.

Nach 1 Jahr und 2 Monaten erfolgt die 2. Aufnahme 14. 4. bis 11. 7. 32. Vor drei Wochen machte die Kranke Verkehrtheiten, brachte beim Kaffeetrinken Wasser statt Milch auf den Tisch, erzählte viel und hastig, dabei die Augen unruhig bewegend, sofort nach der Entlassung habe sie Stimmen gehört. Vor 14 Tagen meldeten die Stimmen sich wieder. „Sags weiter, sags weiter" rufe es, dann „Diebe, Diebe"! Man höre es ganz deutlich mit Flüsterstimmen. Soeben habe es geflüstert: „Sagts net, Sagts net?" Als sie hierher fuhr, flüsterte es auch. Die Stimmen seien Übertragungen von der Straße, von da muß das gerufen sein, aber wo es herkommt, weiß man nicht. Die Leute auf der Straße drehen sich viel um und horchen. In letzter Zeit habe sie auch viel Kopfschmerzen gehabt. 19. 4. Ratlose Haltung, sie ist dauernd durch Stimmen abgelenkt, sieht in die Ecken und um sich. 8. 6. „Es ist als ob von Fechenheim und von einer andern Stadt gesprochen würde und geschimpft." Sie weint bitterlich, weiß nicht ob die Stimmen im Ohr sind oder auf dem Kopf. Es werde ihr vorgeworfen, sie sei unordentlich. Die Stimmen antworten auf ihre Gedanken, als wenn sie dieselben auch wüßten. Auch ins Arbeiten werde hineingesprochen und ihre Familienverhältnisse würden behandelt. 21. 6. Sie ist still und wenig regsam. 11. 7. nach Hause entlassen. Die Diagnose lautet: periodisch ängstlich-ratlose Halluzinose. Das Blutbild zeigte folgende Veränderungen:

	Hb	Ery	Rot. Bluth.	Leukoz.	Stab	Segm	Eos	Mono	Bas	Ly
Am 25. 4.	69%	4.4	o. B.	6000	1	66	1	4	2	26
„ 17. 5.	61%	3.7	„							
„ 20. 5.	55%	3.6	Mäßige Anisoz., Vereinz. Mikro- u. Megaloz., spärl. Polychr.							
„ 28. 5.	45%	3.4	Mäßige Anis., selten Megaloz. u. Polychrome							
„ 31. 5.	54%	4.4	Selten Mikroz. u. Megaloz.							
„ 30. 6.	49%	4.0	spärlich Mikrozyten.							

Die Therapie bestand in 2 Kurven mit Fowlerscher Lösung (24. 2. u. 30.6.).

Nach wenigen Tagen erfolgte die 3. *Aufnahme* 14. 7. bis 16. 11. 32. Die Kranke kommt allein in die Klinik und bittet um Wiederaufnahme. Sie habe die ganze Zeit *Stimmen* gehört, und wisse nicht mehr aus noch ein. Es waren Männerstimmen. Anfangs rief man ihren Namen, später waren es Schimpfreden, immer waren es Reden, die ihrem Gedanken fremd waren, manchmal störten die Stimmen sie beim Denken, lenkten sie ab. Die Stimmen riefen alles durcheinander, es wurde auch mit tiefer Stimme gebrummt, es war als ob die Stimmen sich auf *sie bezögen*. Sie nahm so wenig Notiz wie möglich von den Stimmen. Wenn sie irgend etwas ansah, sprach es die Bezeichnung dafür aus, z. B. Blumen und Häuser. Sie sagte dies nicht. sondern es waren Stimmen in ihrem Kopf. Manchmal hatte sie Angst (deutet dabei auf die Brust) auch war sie dauernd müde. Jetzt ist sie sehr starr und blickt ins Leere, wiederholt jede Frage, antwortet zögernd und grübelnd, macht einen ratlosen Eindruck. Die Haut der Kranken ist sehr blaß. Sie zeigt Gegenhalten im Unterkiefer und Haltungsverharren. 30. 7. Es seien Stimmen, die die Tagesereignisse um sie diskutieren. Außerdem macht eine Stimme bum, bum, bum. 1. 9. Ist sehr blaß geworden. Milz vergrößert, systolisches Geräusch über dem Herzen, Extrasystolen. Blutbefunde s. u. Die Kranke bekommt 3mal täglich einen Eßlöffel Hepatopson bzw. Hepatrat bis 29. 10. 17. 10. Sie höre keine Stimmen mehr, habe keine Angst mehr. Am 19. 10. wird ein *Uterus myomatosus* festgestellt, als wahrscheinliche Ursache der *sehr starken Menses*. 28. 10. Wird wieder von Stimmen belästigt, fühlt sich ihnen gegenüber ratlos und bedrückt. 16. 11. Entlassung nach Hause.

Das Blutbild zeigt im Verlauf des Aufenthaltes folgende Änderung:

	Hb	Ery	Rot. Blutb.	Leukoz.	Stab	Segm	Eos	Mono	Baso	Lymph
Am 18. 7.	55%	3,8	Geringe Anisoz.							
„ 30. 8.	62%	3.9	Anisoz., Myeloz. Mikroz., basophil. Punktierte	3400	5	38	6	6	—	45
„ 1. 9.	52%	3,6	o. B.	3800	3	48	2	7	—	40
„ 15. 9.	72%	3,8	mäß. Anisoz.	8400	4	47	1	5	2	41
„ 20. 9.	71%	4,3	o. B.							

4. *Aufnahme* 29. 10. 33 bis 8. 3. 34. Nach der letzten Entlassung ist es zunächst gut gegangen. Vor 2 Wochen wurde die Muskelgeschwulst der Gebärmutter operativ entfernt. Seit vorgestern ist Pat. wieder verändert, hört wieder Stimmen, ist traurig und ratlos, hat einen gequälten Gesichtsausdruck, starke Angstgefühle, die die zahlreichen Stimmen begleiten. Hin und wieder lautes Weinen und Jammern. 14. 11. läuft verstört und und ratlos umher, hört *Stimmen*. 14. 12. Langsame Besserung. ist nicht mehr so ängstlich, aber noch gedrückt und schwer gehemmt, klagt nicht mehr über Halluzinationen. 15. 1. 34 ist wieder ängstlich und verstimmt. 8. 3. 34 wird sie in eine Anstalt verlegt.

Blutbilder:

	Hb	Ery	Rot. Blutb.	Leukoz.	Stab	Segm	Eos	Mono	Baso	Lympho
Am 2. 11.	80%	5.0	o. B.	6900	5	38	1	3	3	50
„ 27. 2.	77%	5,2	Anisoz.	7000						
„ 6. 3.	85%	4,9	o. B.							

Aus der Anstalt liegen folgende Aufzeichnungen vor: 10. 5. 34. Ist plötzlich verstört, alle Menschen müßten sie umbringen. 13. 5. 34. In Frankfurt hätten die Kranken schon über 100 Menschen ermordet, erkundigt sich, ob hier denn noch nichts von den Morden bekannt sei. 28. 5. Hält weiter an der Wahnidee fest, daß in allen Grenzstädten die Menschen ermordet würden. 5. 6. 34. Ist ängstlich, erregt und gewalttätig. 7. 1. 35. Halluziniert, glaubt, daß Unheil über ihre Familie hereingebrochen sei. 21. 10. 35. Halluziniert ständig, prügelt andere Kranke, behauptet sie müsse alles kaputt machen. 12. 12. 35. Ist von Zeit zu Zeit gereizt, wenn sie aufregende Dinge halluziniert. 17. 7. 36. Erzählt, daß ganz Deutschland unterhöhlt sei, man könne das Meer in diese Höhle hineinlassen und dann Perlen und Gold vom Meeresboden sammeln. Ergeht sich in phantastischen Schilderungen, ein andermal redet sie von Mord und Totschlag. 5. 6. 37. Halluziniert massenhaft, äußert Verfolgungsideen. 6. 11. 37. Halluziniert sehr, ist ständig in Erregung und oft gewalttätig. 10. 5. 38. Hat seit Wochen Darmkatarrh, Erbrechen, starke Gewichtsabnahme, die körperliche Hinfälligkeit wird immer größer. 19. 5. 38. Exitus.

Zum Unterschied gegenüber allen bisher beschriebenen Krankheitsbildern, bei denen es sich um perniziöse Anämien handelt, haben wir hier eine Anämie sekundärer Art vor uns. Die Erkrankung zieht sich unter Schwankungen $7^1/_2$ Jahre hin. Im Anfang (1. Aufnahme) steht eine kürzere, etwa einmonatige ängstliche Erkrankung mit Beziehungs-, Beeinflussungs- und Bedeutungserlebnissen. Nach 14 Monaten Ruhe erfolgt der 2. Krankheitsanfall (2. und 3. Klinikbehandlung, zusammen 7 Monate), in dem nun die Sinnestäuschungen (Stimmen) im Vordergrunde stehen, daneben Angst, Ratlosigkeit, Bewegungsarmut. Noch einmal bessert sich der Zustand für ungefähr ein Jahr, dann verschlimmert er sich wieder nach einer Myomoperation und nimmt zu bis zu dem nach weiteren $3^1/_2$ Jahren erfolgten Tode.

Äußerungen der Kranken — „der fürchterliche Druck am Herzen" und — „der Kopf tue so weh" — deuteten schon bei der 1. Aufnahme auf den Zusammenhang mit einer körperlichen Erkrankung hin. Beim 2. und 3. Klinikaufenthalt werden mehr Blutuntersuchungen vorgenommen, in denen die Anämie deutlich wird, und als deren Ursache wird ein Uterus myomatosus festgestellt. Mit Besserung der Hämoglobinwerte tritt schließlich auch eine Besserung des seelischen Zustandes ein, die fast ein Jahr anhält. Bei der nach der Myomoperation nun folgenden 4. Aufnahme ist die Anämie nur sehr gering; einmal werden bei 77% Hämoglobin Anisocyten gefunden. Die seelischen Veränderungen bleiben aber im wesentlichen dieselben bis zum Tode, nur macht sich in der Wahnbildung mehr und mehr ein phantastisches Gepräge geltend. Leider sind die Anstaltsbeobachtungen dürftig. Blutuntersuchungen sind nicht mehr vorgenommen worden, eine Sektion wurde unterlassen. Es blieben also gewisse Zweifel, aber die Beobachtungen ergaben keinen sicheren Anhalt für eine andersartige, besonders

für eine schizophrene Erkrankung: paralogische und paraphasische Symptome fehlten. Wohl kann man in der vorpsychotischen Persönlichkeit gewisse schizoide Züge erkennen: Zurückhaltend, mißtrauisch, übergenau. Die Vatersmutter soll sich erhängt haben; der Vater starb an progressiver Paralyse.

13. Beck, Maria, 40 J. 23. 2. 23 bis 26. 2. 23 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Seit 2 Jahren hat die Kranke ihre Menses in jeder 2. Woche, 8 Tage lang. Sie ist deshalb bestrahlt worden (vor 2 und vor 1 Monat). Seit einem halben Jahr ist sie aufgeregt und leicht gereizt. In letzter Zeit hat sie auch viel gebetet. In den letzten Tagen weint sie viel, war unruhig, hörte Stimmen und äußerte Selbstmordgedanken, vorgestern habe sie einen Vorhang gesehen und viele Köpfe. Befund: Die Kranke gibt keinerlei Antwort, reagiert auf nichts, sitzt mit geschlossenen Augen völlig starr in der zufällig gefundenen Haltung da, nur ganz geringe Augenbewegungen ohne den Eindruck des Fixierens. Blaßgelbliche Hautfarbe, blasse Schleimhäute. Die Pupillen reagieren wenig ausgiebig, leichtes Zittern der geschlossenen Augenlider, N. Facialis rechts schwächer als links, die Zunge zittert beim Herausstrecken, starke Hypotonie der Arme und Beine, Sehnenreflexe an den Beinen lebhaft. Unbeschränkt langes Haltungsverharren, keine Bewegung auf Aufforderung, durch Führen in Bewegung gebracht, geht die Kranke weiter und bleibt auf Halt stehen. Durch Echopraxie sind die kompliziertesten Bewegungen auslösbar. Ist mutistisch, antwortet einmal auf die Frage, wie gehts? „Gut", mitunter löst sich die Starre auf einige Zeit, sie verfällt aber gleich wieder in den alten Zustand. Nach 2 Stunden erfolgt ein Umschlag in eine schwere Erregung. Die Kranke läuft umher, schlägt die andern Patienten. Am folgenden Morgen ist sie frei und erzählt, sie habe gestern Vater und Mutter in einem Schein vor sich gesehen, auch ihren Verehrer. Sie habe Stimmen gehört, diese hätten ihr den ganzen Lebenslauf gesagt. Vor 2 Tagen habe der liebe Gott mit ihr die ganze Nacht gesprochen; sie habe gar nicht gewußt, woher das kam, sie habe alles genau erzählt bekommen, eine leise tiefe Stimme habe gesprochen, die Stimme sagte selbst, Gott wolle ihr helfen. Nach der Bestrahlung hatte sie ein Gefühl, als ob der ganze Körper aufgeblasen sei. Vor 4 Tagen hatte sie ein seltsames Gefühl im ganzen Körper, einen Druck auf der Stirn, sie sah dann lauter Köpfe und hinter einem Vorhang verklärte Gesichter. Es sei immer nur ein Schein gewesen, nichts genaues, auch die Eltern waren dabei, sie habe gemeint, sie komme in den Himmel, sei etwas ängstlich gewesen, sie habe gedacht, sie müsse es eben überstehen, mit Gott ginge alles. An einem andern Tag habe sie ihren Lebenslauf in lauter Bildern gesehen, sie sei darüber sehr erstaunt gewesen, habe geglaubt, jetzt bekomme sie ihre ganzen Sünden vorgehalten. Gestern habe eine Stimme ihr Befehle gegeben, sie solle das Vaterunser beten, wenn sie zum Doktor komme, solle sie ihn küssen, sie solle noch ein Mädchen bekommen. Manchmal war es als ob es auf sie regnete. Auch ihren stuporösen Zustand erklärte sie mit Befehlen der Stimmen. Sie habe einen schweren Kampf durchgemacht, nachher habe sie garnicht gewußt, was sie machen sollte, in der Nacht habe sie Angst vor den Leuten gehabt, sie habe gemeint, das seien Teufel. Heute morgen habe sie gespürt, wie wenn

sie elektrisiert wäre, es habe auch so komisch gerochen, das müsse doch von Gott sein. Sie gibt mannigfach weitere Gesichts- und Gehörhalluzinationen an. 25. 2. Sie würde in der Nacht elektrisiert, hatte seltsame Gerüche, liegt still und stumpf zu Bett, zeigt Katalepsie und Befehlsautomatismus. 26. 2. Der Hämoglobinwert beträgt 50%. Pat. wird heute nach Hause entlassen. Nach einer Mitteilung vom 30. 1. 35 befindet sich die Patientin in bester Gesundheit.

Bei einer 40jährigen Frau, die seit 2 Jahren öfters und verstärkte Genitalblutungen hat, entwickeln sich zunächst Aufgeregtheit und Gereiztheit. Nach einem halben Jahr und im Anschluß an Bestrahlungen treten Stimmen auf. Patientin verfällt in einen stuporösen Zustand macht anschließend eine kurze Erregung durch. Danach beherrschen massenhafte Sinnestäuschungen, besonders Visionen das Bild. Der Hämoglobinwert beträgt 50%. Nach 3 Tagen Klinikaufenthalt wird die Kranke entlassen und ist seitdem nicht wieder erkrankt.

14. Hein, Anna, 40 J. 28. 1. bis 22. 2. 34 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Einweisungbericht des Arztes lautet auf Ulkus ventrikuli, niedere Magensäurewerte und sekundäre Anämie. Seit einigen Tagen ist die Kranke unruhig, äußert Sinnestäuschungen und Wahnideen, fühlt sich verfolgt. Schon länger war sie durch ihr Sonderlingswesen aufgefallen, war wenig mitteilsam. Seit einem halben Jahr ist sie magenkrank und hat 22 Pfund an Gewicht abgenommen. Befund: Magere, schmale Frau, blasse Haut und Schleimhäute, lebhafte Reflexe, Blutbild: Hb 60%, Ery 3,4, geringe Anisozytose, Leukoz. 7700, davon Segm 78, Mono 5, Baso 1, Lympho 16%. Erhält Eisentropon. Sie äußert, sie habe sich öfters aufgeregt, sie lebe in steter Angst, auch hier habe sie sich schon viel aufgeregt, man habe ihr die Ringe abgenommen, kaltes Wasser auf den Kopf gegossen, sie ist sonst zurückhaltend mit ihren Angaben. Am 6. 2. 34 ist sie sehr erregt, läuft umher, sagt man wolle ihr ein Tuch um den Kopf binden, klopft ans Fenster, Dr. X. sei draußen, sie höre ihn im Garten sprechen. 7. 2. Wird immer unruhiger, beschwert sich, daß man Dr. X. seit gestern Abend draußen warten lasse, man wolle ihr eine Spritze geben, ein Tuch um den Kopf binden und sie in eine Anstalt schaffen. 8. 2. Schaut immer noch zum Fenster hinaus nach Dr. X. verweigert das Essen, man wolle sie vergiften oder betäuben, der Apfel sei mit Gift eingerieben. Weint, sie sei hier beleidigt worden, man habe ihr die Haarnadeln genommen, sie dürfe ihre Kleider nicht anziehen. 22. 2. 34 halluziniert weiter, wird in eine Anstalt verlegt. Hört auch dort zunächst noch Stimmen, hört ihre Schwestern sprechen, hört ein Auto, daß sie abholen solle. Beschwert sich über halluzinierte Vorwürfe. Ende März schwinden die Sinnestäuschungen. Pat. verhält sich ruhig und geordnet, arbeitet fleißig. Wird am 14. 7. 34 als unauffällig entlassen, nachdem sich auch die Anämie verloren und der Ernährungszustand gehoben hat (4 kg Zunahme).

Bei einer Ulkuskranken mit sekundärer Anämie treten Halluzinationen (Stimmen), zeitweise Beeinträchtigungswahn und Erregtheit auf. Nach 4 Wochen wird die Kranke in eine Anstalt verlegt, von wo sie nach weiteren 5 Monaten als unauffällig entlassen werden kann.

Es handelt sich bei der Krankheitsgruppe der Halluzinosen um eine perniziöse Anämie und 3 sekundäre Anämien. Vorherrschend in den seelischen Zustandsbildern sind die Sinnestäuschungen. Bei den Fällen 11 und 14 überwiegen die Stimmen, bei 12 die Sensationen, bei 13 die Visionen. In den Fällen 11 und 12 verbinden sich mit den Sinnestäuschungen Eigenbeziehungen, im Falle 12 standen sogar beim ersten Krankheitsanfall die Eigenbeziehungen ganz im Vordergrunde und erst vom zweiten Krankheitsanfalle ab überwogen die Halluzinationen. Auch Bedeutungserlebnisse unklarer Art traten bei Fall 12 hinzu und machten die Kranke ratlos. In allen 4 Fällen steht hinter den Sinnestäuschungen, besonders den Stimmen und Sensationen ein mehr oder weniger starker Angstaffekt, wodurch das Krankheitsbild der Halluzinose ja auch sonst den Angstzuständen nahegebracht wird. Auch hier geht die Angst zum Teil in Mißtrauen (Fall 14) und Zorn (Fall 12) über. Dieser Affektlage entspricht der sich entwickelnde Verfolgungswahn der Fälle 11, 12 und 14. Für Pat. 12 gewannen schon beliebige Gegenstände einen bedrohlichen Eindruck: alles dringt auf sie ein, kommt in Richtung auf sie. Andererseits zeigt die Kranke 13, bei der Visionen das Bild beherrschen, eine erhöhte Beeinflussungsbereitschaft, die sich auch in Echopraxie kundgibt, und so erhalten auch ihre Sinnestäuschungen einen bestimmenden und befehlenden Eindruck. Sinnestäuschungen und Beeinträchtigungseindrücke werden in verschiedenen Wahngedanken erklärt und ausgebaut: der 11. Kranke wird durch einen Apparat unter dem Zimmer beeinflußt, der mit einer feinen Nadel alle seine Gedanken aufschreibt, aus Röhren in der Wand wird er angespritzt. Er führt alle Belästigungen auf einen „Arzt" zurück, als welchen er einen der Mitkranken verkennt. Frau H. (14) glaubt sich von ihrem vertrauten Dr. X. ferngehalten, Frau B. (13) fühlt sich von Gott und Teufel beeinflußt. Bei Fall 12 gewinnt die Wahnbildung später eine phantastische Färbung und nähert sich damit den später zu besprechenden Kranken 15 und 16. Der 13. Kranken geben die psychomotorischen Symptome ein besonderes Gepräge. Seelische Ausfallserscheinungen treten bei den Halluzinosen sehr zurück. Im Falle 11 kommen in der ersten Zeit nur einzelne Personenverkennungen vor, später wird der Kranke affektlabil und still, ganz zuletzt läßt die zeitliche Orientierung nach und es stellt sich Schläfrigkeit ein. Bei Fall 12 treten einmal verkehrte Handlungen und erst nach langer Zeit Personen- und Situationsverkennungen (phantastischer Art) auf. Bei den Kranken 13 und 14 fehlen irgendwelche Ausfallssymptome. Ausgeprägte neurologische Symptome fanden sich nur bei Fall 11, weniger deutlich bei 13 (Zittern, Pupillenstörung, Facialis-

schwäche rechts, Hypotonie bei gesteigerten Reflexen). Die Fälle 12 und 14 zeigen nur Zittern bzw. Reflexsteigerung.

Verlauf und Ausgang sind nur bei den zwei ersten Fällen 11 und 12 ungünstig. Fall 11 fällt in die Zeit, in der die Leberbehandlung noch nicht bekannt war; $4^1/_2$ Monate vor dem Tode treten die Halluzinationen auf, nachdem der Kranke schon 3 Jahre körperlich krank war. Die sekundäre Anämie des Falles 12 zeigt zuerst einen schwankenden, dann einen fortschreitenden Verlauf, bis die Kranke nach $7^1/_2$ Jahren an Magen-Darmerscheinungen stirbt. Ganz kurz ist dagegen die Dauer der seelischen Störung bei der sekundären Anämie von Fall 13: schon nach etwa 7 Tagen wird die Kranke gebessert entlassen. Fall 14 — ebenfalls eine sekundäre Anämie — ist etwa ein halbes Jahr in Klinik- und Anstaltsbehandlung. Alle Kranken haben bevor die seelischen Zeichen in Erscheinung treten, körperliche Beschwerden. Bei Fall 12 werden die Zusammenhänge mit der körperlichen Erkrankung (Myome) erst bei der 3. Klinikaufnahme aufgedeckt. Nach Behandlung mit Hepatopson bzw. Hepatrat geht mit der Besserung der Anämie eine Besserung der seelischen Erscheinungen einher. Bei der 13. und 14. Kranken sind therapeutische Wirkungen wegen der Kürze der Beobachtung nicht zu beurteilen.

Eine Anlage scheint nur bei Fall 12 deutlich zu sein; die Kranke, deren Großmutter sich erhängt haben soll, wird schon früher als auffallend geschildert (zurückhaltend, mißtrauisch, übergenau). Eine Schwester der 11. Kranken litt an Epilepsie. Von den bisher besprochenen Krankheitszuständen bei Anämien ist demnach die Veranlagung bei Halluzinosen am geringsten. Es scheint, daß sie abnimmt, je mehr sich die Krankheitsbilder vom normalen Seelenleben entfernen.

In der Literatur sind eigentliche Halluzinosen nicht beschrieben. Jedoch findet man Sinnestäuschungen neben anderen seelischen Störungen bei perniziöser Anämie erwähnt, so bei den Angsterkrankungen, bei wahnbildenden Formen und bei amnestischen und deliranten Zuständen. *Behrens* weist darauf hin, daß oft die Parästhesien umgedeutet als Sinnestäuschungen erscheinen. *Schneider* ist der Ansicht, daß die Sinnestäuschungen geringere Bedeutung bei den Psychosen bei perniziöser Anämie haben.

IV. Konfabulosen

15. Feld., Elisabeth, 40 J. 28. 2. bis 10. 10. 29 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: 8 Jahre vor der Aufnahme in die Klinik klagt die Kranke über stechende Schmerzen in der Magengegend, in einer Klinik wird eine Operation ausgeführt, über die folgender Bericht vorliegt: Der Magen ist hochgradig geschrumpft, die Wand verdickt, eine Infiltration reicht bis zur Cardia und setzt sich nach unten

unter scharfer Begrenzung bis zum Antrum pylori fort. Am oberen Magenteil ist die stark vergrößerte Milz festgewachsen. Der Versuch die Milz vom Magen abzulösen führt zu kaum zu beherrschenden Blutungen. Es folgt die Exstirpation des ganzen Magens, der Milz und der mit Steinen gefüllten Gallenblase. Die Heilung verläuft glatt. Nach $4^1/_2$ Jahren wird die Kranke in die innere Abteilung eines Krankenhauses aufgenommen. Nach der Operation hat sie sich 2 Jahre wohl gefühlt, dann bekam sie Schmerzen auf der Zunge, verlor den Appetit, nahm an Gewicht ab, wurde sehr nervös, bekam eheliche Schwierigkeiten. Befund: Entzündung der Mundschleimhaut und der Zunge, gelbliche Blässe, sehr reduzierter Allgemeinzustand. Blutbild: Hb 29%, Ery 1,4, Leukoz. 6600, Stab 5, Segm 60, Mono 1, Lymphoz. 34. Die Kranke bekam Arsacetin. Während des Krankenhausaufenthaltes hat sie viel Durchfall. Sie fügte sich schlecht in die Ordnung, kritisiert am Essen, raucht trotz Verbots auf dem Abort. Bei der Entlassung zeigte das Blutbild: Hb 34%, Ery 1,7, Anisozytose, Poikilozytose, Neutrophile 64, Lymphoz. 34, Myelozyten, 1. Myeloblasten 1%. Zwei Jahre später wird in einer Klinik ein Hämoglobinwert von 50% und ein Erythrozytengehalt unter 2 Mill. festgestellt. Die Kranke beträgt sich dort anmaßend, verlangt ein Einzelzimmer, macht Schwierigkeiten. Zur selben Zeit erfolgte ihre Ehescheidung. Es werden dabei folgende Zeugenaussagen gemacht: In der Wohnung der Kranken war ständig Zank und Streit, die Frau beschimpfte ihren Mann öffentlich als Schuft, Lump und Schurken, sie war unbegründet eifersüchtig, manchmal betrunken, rauchte sehr viel. Machte eine Erholungsreise nach Meran, brauchte dabei sehr viel Geld. Wieder zu Hause veräußerte sie Wäschestücke, verlangte erneut Geld, wohnte kurze Zeit in einem Hotel. Im gleichen Jahr schreibt die Kranke einen Brief an das Wohlfahrtsamt und bittet um Unterstützung, sie habe nichts zu leben, habe keine reine Wäsche mehr, sei in einem trostlosen Zustand. Ihre schöne Begabung liege darnieder, sie wolle ein lebenswahres Buch schreiben, daß zum Herzen spreche und alle Geheimnisse der Natur und des Daseins offenbare. Sie könne so etwas, wenn auch ihr Körper schwach und ruiniert sei, aber der Geist, der diesen Körper halte, lasse ihn nicht zugrunde gehen, nein im Gegenteil, er werde ihn ans Licht bringen und an die Sonne, dies sei ihr fester Wille und ihr Glaube, von dem sie nichts abbringen könne. Wenn ihr Buch herauskomme, würde es gelesen werden, der Entwurf dazu sei fertig. Das Wohlfahrtsamt in F. würde es nicht zu bereuen haben.

In die Klinik aufgenommen erzählt sie: Sie sei in Meran geboren als natürliche Tochter des Geh. Rat X. (bekannter Internist) und einer Zigeunerin. Kam in eine Schule der „englischen Fräulein". Nach der Schulzeit habe sie sich aufgemacht, ihren Vater zu suchen, studierte in Innsbruck mit 14 Jahren in der „Austria" Bakteriologie und das Leben. Dann ging sie nach Linz, bekam mit 17 Jahren ein Kind, den Vater des Kindes brachte sie nach Amerika. Später kam sie nach Wien, wo sie ihren Vater sah, dieser habe geweint, als er sie erblickte. Von Wien ging sie nach Budapest, wo sie Musik studierte, von dort nach Bukarest, Athen und Kairo. Das Geld hatte sie sich als Blumenmadel und Servierfräulein verdient. Sie habe dann noch sehr viele Reisen unternommen, immer in vornehmer Begleitung, z. B. mit Erzherzog Karl Theodor, dem berühmten Augenarzt. Schließlich gelangte sie nach Deutschsüdwestafrika, nach Kapstadt und Johannisburg, war Sekretärin bei Herrn von Bilderbeck in Hol-

ländisch Indien auf Batavia. Ab 1910 war sie in Brüssel, wo sie Besitzerin eines großen Hotels war, lernte dort im Kriege ihren späteren Mann kennen, der von Beruf Autochauffeur und Rennfahrer war, ein Genie. Seit Mai 1928 lebe sie alleine, habe viele Novellen und zuletzt eine große Oper „Titanik" geschrieben, die ihr Schicksal zusammen mit dem ihres Mannes behandle. Prof. X. werde sie dirigieren. Sie habe die Oper vor sich hingepfiffen. Prof. Y., in dessen Klinik sie war, hat sie aufgeschrieben und Prof. V. gezeigt. Die Kranke bringt eine Fülle derartiger phantastischer Erzählungen und Konfabulationen vor, erzählt auch von Sinnestäuschungen, sie höre in sich Stimmen und Klingen. Der Allgemeinzustand ist reduziert, die Reflexe sind lebhaft. Verlauf: 6. 4. Klagt über Magenbeschwerden, hat öfter Durchfall. Queruliert dauernd, ist mit nichts zufrieden, ist oft gereizt, verschafft sich heimlich Zigaretten, raucht. Schreibt dauernd große Briefe, dichtet und malt. 24. 4. Ist gereizt, schimpft heftig und laut man vergifte ihr das Essen. 29. 5. Macht plötzlich einen Suicidversuch durch Erhängen mit einem Gürtel; sie habe keine Lust mehr zu leben, beruhigt sich aber schnell wieder. 4. 6. Zunehmend erregt, schimpft, beschwert sich über alles. 5. 7. seelisch unverändert, zeigt körperlichen Verfall, hat öfters Oedeme an den Beinen, alle Knochen sind sehr schmerzhaft, die Zunge ist sehr glatt, die Sehnenreflexe an den Beinen fehlen, klagt häufig über Kribbeln in den Fingern und Taubheitsgefühle in den Zehen. 7. 8. Glaubt sie bekomme ein Kind, sei gravid im 7. Monat, zeichnet und dichtet in einem fort. 8. 8. Beschwert sich, man behandle sie wie eine Dirne, das Essen werde ihr hingeworfen, sie werde nicht mit Respekt behandelt, nicht wie ein Mensch, der Großes schaffe. Sie möchte gern nach Haus. Ihre Oper sei aufgeführt worden. „Das steht nicht direkt über mich in der Zeitung, aber ich weiß doch was gemeint ist. Alles mögliche, alles was ich mache, steht auch in der Illustrierten. Die „Bremen", das „Karussell", „die Rutschbahn im Kinderzimmer", das ist doch von mir . . .!" Sie habe darüber Gedichte gemacht, und das sei alles danach gemacht worden, die ganze Literatur habe sich mit ihr befaßt . . . „Ich will nicht wie eine Rose blühen, wie eine Kaktee will ich wachsen!". Dies sei ein Gedicht von ihr. 10. 9. Ist in den letzten Tagen ganz besonders verstimmt und gereizt, fühlt sich belogen, betrogen, vergiftet, schlecht behandelt, bekommt mit Patienten, Schwestern und Ärzten Streit, ist sehr störend. 21. 9. Klagt über Schmerzen und Parästhesien in den Händen. 30. 9. Hat seit 3 Tagen Schüttelfröste, hohe Temperaturen, die ersten 2 Tage Durchfall, Leukozyten 12600. Über der rechten unteren Lungenpartie ist ein bronchopheumonischer Befund festzustellen. 1. 10. Starke Druckempfindlichkeit des Leibes, es besteht Typhusverdacht. 10. 10. Wird nach der medizinischen Klinik verlegt, dort gestorben. Das Blutbild im Verlauf des Klinikaufenthaltes:

	Hb	Ery	Rot. Blutbild	Leuk.			
Am 28. 2.	41%	1,75	Normablasten u. Erythroblasten				
„ 10. 6.	35%	1,3					
„ 5. 7.	32%	0,9					
„ 7. 8.	35%	1,2					
„ 14. 8.	42%	1,6	Mikro- Makrozyten Normoblasten	7700	Segm 47	Eos 3	Lymph 50

Am 9. 3. 29. Wassermannsche Reaktion im Liquor schwach +, Meinecke +. Die Kranke erhielt als Behandlung Hepatrat und Eisentropon.

Zwei Jahre nach einer Magenexstirpation treten Erscheinungen einer Anämie mit Nervosität auf. Es entwickelt sich eine charakterliche Veränderung, die zur Ehescheidung führt. 8 Jahre nach der Operation wird die Kranke in die Nervenklinik aufgenommen in einem Zustand phantastisch-expansiver Wahnbildung mit zahlreichen Konfabulationen und spärlichen Sinnestäuschungen. Neurologisch werden Areflexie und Sensibilitätsstörungen gefunden. Es besteht eine vorgeschrittene perniziöse (bzw. agastrische) Anämie. In einem kachektischen Zustande aber ohne Ausfälle an Verstandesleistungen stirbt die Kranke unter fieberhaften Durchfällen nach etwa 6 jähriger anämischer Erkrankung.

16. Kung, Anna, 44 J. 31. 3. 32 bis 1. 7. 32 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Vor 12 Jahren wurden der Kranken Gewächse aus der Blase fortgenommen, da sie unter Blutungen litt. Die Blutungen hörten nach der Operation nicht auf. Ein Jahr später starb ihr Kind an Leukämie, danach schleppte die Kranke täglich Schokolade und Spielsachen ans Grab und versteckte sie zwischen den Kränzen. Vor sechs Jahren bekam sie einen Radioapparat, verliebte sich in den Radiosprecher, äußerte Beziehungsideen. Seit 4 Jahren ist sie für den Haushalt fast unbrauchbar, sie schreibt Tag und Nacht feindliche Briefe gegen ihren Mann, dem sie nicht mehr die Hand gibt, hört seither Stimmen und beschäftigt sich ständig mit ihnen. Vor einem Jahr wurde eine Sektio alta vorgenommen und ein zellreiches Blasen-Papillom gefunden. Die Blutwerte waren Hb 30%, Ery 2,2, Polychromasie, Aniso- und Poikilozytose. Einen Monat später ergab das Blutbild Hb 45%, Ery 3,3, Polychromasie, Aniso- und Poikilozytose, Stab 3, Segm 57, Eos 4, Mono 2, Lymphoz. 34%. Bei der Aufnahme äußert sie: Es wird mir dauernd in die Ohren gesagt, das ist Krebs, da wird mit Leukämie Versuche gemacht. Das hängt mit Holland zusammen, darunter leiden wir schon jahrelang. Da hat jemand 1 Million gestiftet, für den der ein Mittel gegen Leukämie findet, da beteiligen sich alle dran, Rundfunk, Film, Theater, alle Chemischen Werke, besonders Promonta und I. G., durch Erfindung des Rundfunks werden wir auf Schritt und Tritt beobachtet. Wir bekommen Stiche, hauptsächlich in die Kniee, Unterleib, Blase und Darm, wahrscheinlich geht das durch Magnetismus. Dann speziell Rundfunk, da werden die Aufnahmen gemacht, wo wir sitzen, nur immer andere Bezeichnungen. An dem Bildfunk hängt Tonfilm, Illustrierte, die ganzen Aufnahmen dran, das ganze Räderwerk. Es heißt jetzt, ich werde nicht von 200 Personen ausgenützt, sondern von 1000. Was ich schreibe und denke nimmt der Bildfunk auf, da hängt Politik und alles dran. Auch in den Schulen werden die Manöver gemacht, da werden die Übertragung durch das Kind weiterübertragen. Dann wurden unsere Papiere gestohlen. Es heißt unsere Küche sei von Franzosen besetzt, die sich betitelnden Franzosen sind wahrscheinlich die, die Instrumente anbringen zum Hören, während Italiener und Russen die Instrumente zum Sehen angebracht haben. Sobald diese Personen den Kontakt mit mir fertig bekommen, fühle ich ein Gehopse im Leib, das nennen sie

dann Tanz. Dabei rufen sie sich gegenseitig zu, in welchem Körperteil es hopsen soll, Brust, hinten, Hand usw. Dabei ändert sich der Körper, als ob er aufgeblasen sei. Aus der Brust wird mir Milch abgezogen für die Versuche. Stuhl und Urin werden auf elektrischem Wege abgezogen. Manchmal wird aus Rache gesagt, ich sei einem Bordell angeschlossen, das geht bei Umschalten von Tanzmusik im Radio vor sich. Ich bekomme die Wehen, wenn andere Leute die Kinder bekommen. Leute, die nur einmal bei mir in der Wohnung waren, bekamen nach 9 Monaten Kinder, meistens auf den Todestag meines Mädelchens oder auf meinen Geburtstag. Vom Film werden nachts Bilder vor die Augen gestellt, dadurch kann ich in die Zukunft sehen. Es heißt, so nützt man dich aus. Ich kann das nur so verstehen. daß Kinder von den Leuten, die ich verheiratet vor mir sehe, dann zu den Versuchen benützt werden. Deshalb bekommen auch nur wohlhabende und ansehnliche Leute Kinder, damit sie brauchbar sind. Sämtliche Vorgänge in der ganzen Welt, Zeppelinflug und alles andere haben direkte spezielle Beziehung zu mir, ich bin das Objekt geheimnisvoller Versuche. Daß ich hier bin, ist auch so ein gemeiner Racheakt. Man will mich aufregen, denn da kann man das Blut besser beobachten und mehr Kinder abziehen. Schon seit Jahren habe sie unter diesen Verfolgungen und Einsprechungen zu leiden. Körperlich: Tonsillen beiderseits vergrößert und gerötet, Herzgrenzen verbreitert, beiderseits leichte Knöcheloedeme, Bauchdeckenreflexe fehlen, Patellar- und Achillessehnenreflexe schwach auslösbar. Verlauf: 10. 4. Ist reserviert, geordnet, unerschütterlich überzeugt von der Wirklichkeit ihrer Ideen. 28. 4. Blutet wieder aus der Blase, Urologisch: Papillomatose der Blase. 9. 5. Blutet weiter, sieht blaß und mitgenommen aus. 17. 5. Sieht folgende Zusammenhänge, jetzt hätten die Blutungen genau die Zeit eines Wochenbettes gedauert, prompt habe eine Frau ihrer Bekanntschaft ein Kind bekommen, deren Schwiegermutter am Krebs krank gewesen sei, weil sie die Frau eines Bankkassierers war, der durch Versuchsmanöver um sein Geld geprellt wurde. 2. 6. Äußert weitere phantastische Wahnideen, ist dabei sehr produktiv in der Schilderung geheimnisvoller Zusammenhänge. Man zapfe ihr das Blut ab um Leukämiekranke damit zu füttern. Man sagt ihr Blut sei besonders heilkräftig für diese Krankheit, das sei aber gar nicht wahr, sondern ein Racheakt. Die I. G. wolle damit einen für die Heilung der Leukämie ausgesetzten Millionenpreis gewinnen. 15. 6. Blutet weiter, zunehmende Mattigkeit, psychisch unverändert. 30. 6. Schläft viel, hat dauernd Blasenbluten. 1. 7. Exitus letalis. Die Sektion ergab: Papillom der Blase, hochgradige Anämie. Thrombose der rechten Nierenvene, Embolie der A. pulmonalis, zentrale Fettleber. Das Blutbild während des Klinikaufenthaltes:

	Hb	Ery	Rot. Blutb.	Leukoz.	Jgd.	Stab	Segm	Eos	Mono	Baso	Lymph
31. 3.	87%	4,2	o. B.	12400	—	4	72	5	7	—	12
11. 5.	55%	3,2	Geringe Anisoz.	19300	—	4	74	2	5	2	13
20. 5.	50%	2,0	Mäß. Anisoz. spärl. Polychr.	17700	—	3	79	—	5	—	13
2. 6.	25%	1.75	Mäß. Anisoz. spärl. Polychr.	17100	3	2	76	—	3	1	15

Bei Frau K. geht eine seelische Erkrankung parallel mit einer sekundären Anämie bei blutenden Blasenpapillom. Jahrelang be-

steht eine phantastisch-konfabulatorische, vorwiegend persekutive aber auch expansive Wahnbildung mit Beziehungsideen und Halluzinationen, besonders Sensationen. Der Zustand bleibt fast unverändert bis zum Tode. Zwei Wochen vor dem Tode wird die Kranke zunehmend schläfrig und matt, sonst keine Ausfallserscheinungen. Neurologisch: Herabsetzung der Sehnenreflexe.

Bei diesen beiden Fällen einer chronischen phantastisch-konfabulatorischen Wahnbildung, die ungemein an eine Phantasiophrenie (aus dem schizophrenen Formenkreis) erinnert, fehlen Ausfallserscheinungen im Sinne von Demenz oder amnestischen Störungen. Schlafsucht stellt sich erst kurz vor dem Tode ein. Dagegen entwickelt sich bei der 15. Kranken ein charakterlicher Verfall. Phantastische Züge sind uns schon bei einer vorwiegend halluzinierenden Kranken (Fall 12) begegnet. Anhaltspunkte für eine Schizophrenie bestehen bei genauerem Zusehen nicht (keine Paralogien, keine Paraphasien, keine affektive Verflachung): Persönliche Krankheitsanlage oder erbliche Belastung sind nicht nachzuweisen. Neurologische Symptome begleiten nur die perniziöse (agastrische) Anämie des Fall 15, während sie bei der sekundären Anämie des Falles 16 fehlen.

Derartige Anämiepsychosen sind zuerst von *Behrens* nach Beobachtungen von *Kleist* beschrieben worden. Im ersten Fall von *Behrens* steht im Vordergrund ein phantastisches Wahnbild mit Konfabulation, im zweiten Fall wurden einförmige Größenideen mit Konfabulationen und Sinnestäuschungen geäußert. *Wohlwill* berichtete von einem 52jährigen Mann mit paralyseähnlicher Erkrankung und funikulärer Myelose, bei dem hochfahrende unsinnige Pläne bestanden, dabei Deorientiertheit und Verwirrtheit. Verwandt ist auch die von *I. Graf* beschriebene Kranke mit verworrener und phantastischer Wahnbildung bei perniziöser Anämie.

V. Zustände mit Beziehungs- und Bedeutungseindrücken (Ratlosigkeit)

17. Möller, Elisabeth, 30 J. 22. 8. 36 bis 1. 3. 37 und 2. 5. 38 bis 6. 12. 38 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Ein Bruder ist nervös, eine Schwester leicht aufgeregt, die Mutter ist energisch und reizbar, schimpft leicht, der Vater der Mutter war Trinker. Die Kranke war schon früher leicht aufgeregt und wechselnd in der Stimmung, meist heiter, etwas mißtrauisch und pedantisch, sehr anspruchsvoll, sehr sparsam. Nach Bericht des Hausarztes wurde Frau M. seit 8 Monaten stumpf, sie äußerte Beeinträchtigungsgedanken, hörte Stimmen, war zeitweise erregt und machte Miene zu körperlichen Angriffen, dann war sie wieder tagelang zugänglicher. Seit 3 Wochen haben die Erscheinungen sich vergröbert. In der Sprechstunde zeigt sie eine gewisse Unklarheit, schnellen Stimmungswechsel und äußerte Halluzinationen und Wahnideen auch

religiösen Inhalts. Aufnahmebefund: Die Kranke hat einen ununterbrochenen Rededrang, ist ablenkbar, ängstlich bei schwankender Affektlage, sie lächelt, dazwischen erscheint sie ratlos. Sie hört Stimmen, hält sich dabei die Ohren zu, läuft ängstlich ratlos im Zimmer herum, glaubt es sei ein Unglück passiert. Sie ist zeitlich nicht genau orientiert. Nach 2 Tagen läßt dieser Verwirrtheitszustand nach, die Kranke erzählt weitschweifig und unaufmerksam in zeitlich ungeordneter Art, ihr Mann habe wohl Beziehungen zu einer anderen Frau, er sei aber doch wieder ein guter Mensch, sie habe alles falsch aufgefaßt, habe gemeint, er sei vielleicht schlecht, sie habe dann mit ihm Differenzen gehabt, sie habe ihm vorgeworfen, er sei an vielem Schuld. Sie habe auch Stimmen gehört, die um Hilfe geschrieen hätten, als wenn einer ersticken würde und sie habe geglaubt hingehen zu müssen. Dann seien die Stimmen wieder weggewesen. Die Merkfähigkeit der Kranken ist herabgesetzt, sie rechnet langsam, ist dabei unaufmerksam und redet dauernd. Sie kann aus drei Worten keinen Satz bilden, einen Gedanken nicht zu Ende denken. Körperlich: Unregelmäßiger Puls, Senkungsgeschwindigkeit der Roten Blutkörperchen 17 mm/Stunde. Blutbefund s. u. Verlauf: 29. 8. „Ein normaler Mensch kann keine Stimmen hören, es ist mir alles so weit weg, ich kann mich gar nicht richtig besinnen.“ Gerät in einen unbeeinflußbaren Rededrang, ist unruhig, nicht zu fixieren. „Ich bin ein Narr, ich bin Schuld, daß alles so ist, wie es heute ist ... das stimmt alles nicht richtig ... ich weiß nicht, was los ist ... ich selbst sollte leiden, dann wird es besser vielleicht ... bin ich sehr krank?, vielleicht ist meine Seele kränker als ich selbst ... es ist furchtbar (seufzt wiederholt), ich bin so laut, ich schreie so oft, tun sie mich fort, bin ich irr? ... gelt ich bin irr Herr Dr.! ... ist es möglich, daß es eine Verhexung ist? Zwischen unserm Haus und dem Irrenhaus? ...“ Es rede jemand ganz laut, in ihrem Haus sei etwas geschehen, etwas Schreckliches, sie höre ihren Bruder stöhnen, viel Schießen, an allem sei sie schuld und ihre Familie müsse deshalb leiden. 19. 9. „Es stimmt etwas nicht, es ist alles verhext. Die Arzenei, das Schreien in der Nacht, als wenn Menschen da wären, die man quält.“ Auch in ihrem Körper stimme etwas nicht, sie werde immer verwandelt. Ihr innerer Körper sei durcheinander, man müsse sie einmal aufschneiden, das müsse sich doch feststellen lassen, was da los ist. Man sollte ihr etwas geben, daß sie ruhig würde. Sie ist völlig ratlos, macht hilflose Gebärden, spricht die meisten Sätze nicht zu Ende. Die Frau im Bett neben ihr komme ihr so bekannt vor, auch den Arzt müsse sie schon einmal gesehen haben. „Es ist, als ob man die Augen verglasen kann um den Menschen zu verändern.“ 23. 9. Mageninhalt freie Salzsäure negativ, Gesamts. 10. Es wird die Vermutung einer perniziösen Anämie erwogen. 9. 10. Hört immer noch Stimmen, ist dauernd mit sich selbst beschäftigt, kaum fixierbar. 12. 10. Ängstlicher Gesichtsausdruck, „ich muß nach oben, da rufen die“, sieht ratlos um sich. 20. 10. Steht ratlos umher, läuft manchmal ziellos umher. Glaubt die andern Patienten würden mißhandelt. 28. 10. Frägt, welches Jahr jetzt sei, späht manchmal interessiert zum Fenster hinaus, spricht spontan nicht, auf Fragen verzögerte langsame Antwort. Sie höre ihn der letzten Zeit weniger Stimmen, sie riefen sie beim Namen, abwechselnd böse und freundlich. Die Welt käme ihr immer noch verändert vor, so betrogen, so belogen, im Grunde aber doch wieder richtig, die Bäume wie zu Hause, komisch die Bäume wie im Winter, die Sträucher wie im

Sommer, ob es Herbst ist? 29. 10. Schwerer Erregungszustand, springt auf, schlägt die Stühle um, schlägt an die Scheiben. „Es ist eine Schweinerei, mein Bruder und meine Schwester, die sollen weggehen", die seien hier, hintergehen sie, sie werde betrogen und mißhandelt. 3. 11. Wieder sehr erregt, sie sei verwandelt worden, sie brauche ein Messer um sich aufzuschneiden, es müsse doch mit ihr das gleiche geschehen, wie mit ihrem Bruder, der mit einem stumpfen Messer zerschnitten worden sei. 9. 11. Ist ganz ruhig, sitzt still umher, beschäftigt sich kaum. Bekommt tgl. 2 ccm Campolon, 2mal 1,0 ferrum reductum. 10. 11. Klinische Vorstellung: Schaut mit erstaunter ratloser Miene um sich, läuft ein paar Schritte vor und dann wieder zurück, faßt sich wie in völliger Verzweiflung an den Kopf: „Herr Professor man muß mich teilen, mitten durch... was mit meiner Mutter geschehen ist, diese Schweinerei, wie sie behandelt wird auf diese gemeine Weise, mein Bruder war dabei." Auf die Bemerkung, das sei ein Irrtum, antwortet sie: „Ich kann aber auch gar nicht beschwören, ob es die noch sind, die es mal gewesen sind ... mein Bruder war wieder auf der Abteilung... wie mein Vater auf der Erde gewandelt ist? ... Daß ein Mensch tot war und wieder lebendig geworden ist, das ist es ja gerade... wie bringt man denn die Knochen aus der Erde raus und richtig zusammen." Auf die Frage, ob sie ihren Vater richtig gesehen habe, antwortet sie, das ist es ja, daß ich ihn richtig gesehen habe. Wie man mir das auch beigebracht hat, ich sei keine Frau mehr, ich sei auf einmal ein Kind. Herr Professor, durchleuchten sie mich einmal, ich weiß doch gar nicht, ob ich überhaupt noch Därme habe... sagen sie mir offen und ehrlich, wie geht es in der Welt zu, ist es noch wie früher, kann man noch seine Sachen einkaufen?..." 24. 11. Ist etwas ruhiger, arbeitet mit. Bei genauer Befragung immer noch ratlos, zeitweise erregt, schimpft, wirft Töpfe und Tassen um, schlägt. 20. 12. Sitzt meist abgesondert da, beschäftigt sich nicht. Am Abend plötzlich schwerer Erregungszustand, geht mit einem Stuhl auf einen Arzt los, ist bald wieder beruhigt. 6. 1. 37. Beschäftigt sich, hat sehr rasche fahrige Bewegungen, besonders beim Gang, sieht immer noch ratlos in die Ferne, will wissen, wie lange sie schon hier sei, überlegt es mühsam nach dem Alter ihrer Kinder. 20. 1. Ist heiter, umsichtig und fleißig, sehr liebenswürdig. 16. 2. Ist ganz geordnet. 1. 3. Ist heiter, vergnügt, oft zu lebhaft, bei der Arbeit fleißig, wird nach Hause entlassen.

Das Blutbild zeigte bei diesem Aufenthalt folgende Veränderungen:

	Hb	Ery	Rot Blutb.	Leukoz.	Stab	Segm	Eos	Mono	Baso	Lym
Am 29. 8.	64%	4,4	minim. Anisoz.	7700	15	54	10	3	—	18
„ 27. 10.	71%	4,4	o. B.	7900	2	60	4	10	—	24
„ 10. 12.	82%	4,6	o. B.	7900	—	74	2	5	—	19

Sie bekam vom 25. 9. bis 1. 11. tgl. 2 ccm Campolon und 2mal 1,0 Ferrum reductum.

Am 2. 5. 38 erfolgte die 2. Aufnahme. Am 13. 1. 38 war die Geburt ihres 3. Kindes, 3 Tage danach wurde sie verändert. Sie schimpfte, war unzufrieden. Ein Blutbild zeigte Hb 35% und Ery 2,5, nach 4 Wochen war der Hb Wert wieder auf 65% gestiegen, der seelische Zustand war leidlich. Vor 10 Tagen begann die Kranke wieder viel zu reden, war schlaflos, wurde ins Krankenhaus gebracht, war auch dort unruhig, lief nachts umher, legte sich in fremde Betten, war nicht mehr im Kranken-

haus zu halten. Aufnahmebefund: Sie ist in gehobener Stimmung. sehr liebenswürdig, wortreich, dabei haftend. Sie erzählt, nach der Geburt habe sie ein eigenartiges Gefühl gehabt, sie konnte nachts nicht mehr schlafen, sie habe vermutet, es könne wieder etwas passieren, am Kopfe habe es so gestochen, das ganze Fett und Fleisch sei blöde, es sei ein komisches Gefühl. Das Schlimmste sei am Magen, auch der Stuhl sei nicht in Ordnung. Die Kranke ist zeitlich nicht genau orientiert. Am 7. 5. äußert sie: „Ich glaube, es kommt mir alles vom Magen, ich glaube, ich habe zu wenig Speichel, um die Speisen schlüpfrig zu machen. Der Magen schafft auch nicht mehr, manchmal habe ich so einen Druck, ich habe mir schon gedacht, ob mir irgend ein Vitamin fehlt. Ich hatte mal das Gefühl vom Oberbein bis zum Knie, als ob das Stück nicht ganz dazu gehörte, ich dachte, das muß anders sein. Der Körper muß das Fett besser verarbeiten. 18. 5. An dem vorhergehenden Tag ruhig und unauffällig. Seit gestern gereizt, fühlt sich nicht richtig behandelt, verlangt Magenuntersuchung, den Frauenarzt, ihr Darm sei verschlungen und zu lang, die Schwestern und andere Kranke redeten über sie, belügen sie, meinen es nicht gut mit ihr. Sie hört manchmal ihren Bruder im Haus rufen. 8. 6. Immer leicht gereizt, unruhig, fühlt sich bedroht. Sie habe eine solche Wut in sich, wolle der Näherin den Kopf aufspalten als Rache gegen die Schwestern. 25. 6. Erneut gereizt, unruhig, bezieht alles auf sich. Heute nacht schwerer Erregungszustand, schrie, schimpfte sehr laut, glaubte ihre Kinder schreien zu hören, ohne ihnen helfen zu können. 23. 7. Zeitweise ruhig und geordnet, in anderen Tagen schüttet sie das Essen weg, hüpft mit bizarren Schritten, klopft jedem auf die Schulter, stellt das Radio abwechselnd laut und leise. Am andern Tag ist sie gereizt und ablehnend. 22. 8. War eine Zeitlang ruhiger, mit Eintritt der Periode wieder verändert, wechselnde Stimmung, hört wieder Stimmen, fühlt sich falsch behandelt, klagt über körperliche Mißempfindungen Der Zustand klingt wieder ab. 16. 9. Bei der Periode wieder sehr unausgeglichene wechselnde Stimmung, gänzlich ratlos. 26. 9. Heute gehobener Stimmung, lacht viel, ist zum Scherzen aufgelegt. 3. 10. plötzlich verändert, springt auf, rennt aufgeregt umher, geht mit geballten Fäusten auf eine Patientin los, die sie für ihre Schwägerin hält. Ihre Kinder seien im Hause, sie sehe sie dauernd fliegen. Nach 2 Tagen völlig beruhigt. 12. 10. Besuch ihres Mannes, äußerste Erregung, dabei nicht zu beeinflussen, behauptet im gegenüberliegenden Hause seien während der meisten Zeit, Mutter, Schwester und Ehemann, sie würde von unliebsamen Personen verfolgt und müßte deshalb dauernd umherfliehen. 24. 10. Heute wieder plötzliche Erregung, rennt laut schimpfend durch die Abteilung. legt sich mit viel Krach ins Bett. 26. 10. Besuch des Ehemannes, sehr gereizte Stimmung, schimpft, macht Vorwürfe, nachher ist sie ganz verzweifelt. Entblößt den Oberkörper vollständig, bespritzt sich mit Wasser, stürzt auf die Ärztin zu, faßt sie an der Schulter und schreit: „Sie gemeines Weib, sie sind an allem schuld". 1. 11. Ist wieder zugänglich und nett. in gehobener Stimmung, macht Scherze, amüsiert die ganze Abteilung. 1. 12. Zunehmend ruhiger, jedoch immer noch lebhaft, geschäftig, nimmt Ermahnungen sehr willig auf. 6. 12. Beruhigung hält mit kurzen Unterbrechungen an. Wird nach Hause entlassen.

Das Blutbild während des 2. Klinikaufenthaltes:

	Hb	Ery	Rot. Blutb.	Leuko	Stab	Segm	Eos	Mono	Baso	Lympho
Am 2. 5.	75%	4,4	o. B.	8700	3	77	—	4	1	15
„ 18. 5.	74%	4,2	„	6700	—	70	—	8	—	22
„ 25. 6.	65%	3,5	„	5200	—	73	2	2	—	23
„ 2. 7.	80%	4,2	„	6600	—	67	3	4	—	26
„ 26. 9.	72%	4,1	„	6900	2	58	2	2	—	36
„ 5. 11.	80%	4,1	„	10300	2	72	5	4	—	17
„ 26. 11.	86%	4 3	„	5400	2	67	1	1	1	28

Die Kranke erhielt auch bei dieser Aufnahme Campoloninjektionen, ein Arseneisenpräparat und am 7. 11. eine Bluttransfusion von 200 ccm.

Nach einer Krankheitsentwicklung von 8 Monaten, in der spärliche Symptome in Form von Sinnestäuschungen und zeitweiligen Erregungszuständen auftreten, ist die Kranke bei der ersten Aufnahme in die Klinik ratlos und verwirrt, sie äußert zahlreiche Bedeutungs- und Entfremdungserlebnisse, leidet unter Sensationen und Stimmen, ist ängstlich, teilweise desorientiert, schwer zu konzentrieren, zeigt Rededrang, ist unruhig mit zeitweiligen heftigen Erregungszuständen. Besonders auffällig sind die schweren körperlichen Veränderungseindrücke, denen sie mit stärkster Ratlosigkeit gegenübersteht. Sie hört Stimmen, besonders von Verwandten, die sie mißhandelt wähnt. Anfangs besteht ein verminderter Hämoglobinwert und eine geringe Anisozytose, die nach Behandlung mit Campolon und Eisen nicht mehr nachweisbar sind. Die seelischen Störungen verschwinden im Verlauf des 7monatigen Klinikaufenthaltes. Nach weiteren 10 Monaten tritt nach einer 3. Entbindung ein Rückfall ein. Der Hämoglobingehalt ist dabei sehr niedrig (35%), Ery 2,5 Mill. Bei der Wiederaufnahme in die Klinik zeigt das Blutbild außer einem Hb-Wert von 75% keine Besonderheiten mehr. Die schweren psychischen Störungen gleichen denen der 1. Aufnahme. Dabei ist ein dauerndes Schwanken des seelischen Zustandes auffallend mit deutlicher Abhängigkeit von der monatlichen Blutung. Allmähliche Besserung in 8 Monaten. Bei der ersten Aufnahme ist die Art der Anämie nicht sicher zu bestimmen. Beim 2. Auftreten der seelischen Störung nach einer Entbindung handelt es sich um eine sekundäre Anämie. Bei der 2. Aufnahme bestehen die seelischen Erscheinungen noch weiter, als schon keine nennenswerte Anämie mehr vorhanden ist. Die Kranke hatte vor der Erkrankung ein unausgeglichenes Wesen, erblich sind Nervosität (Bruder, Schwester, Mutter) und Trunksucht (Vater) nachgewiesen.

Von Februar 1939 bis Februar 1940 befand sich Frau M. wegen hypochromer Anämie in internistischer Behandlung: Blutdruck 155/100, Gliedmaßen schlecht durchblutet, starker Dermographismus, im Stuhl Blutprobe positiv. Magen: Höchstwert für freie Salzsäure ø bei Gesamtsäure von 26. Blutbild: Hämoglobin 74%, Rote 4,1 Mill.,

Weiße 8000. Bei wiederholten Untersuchungen leichte Anisozytose Hömoglobin stark schwankend, 68%, 62% (Menses), 88%. Im September 1939 werden Bläschen auf der Zunge und eine kleine Aphthe am harten Gaumen bemerkt. Allmählich treten psychische Veränderungen stärker hervor, fühlt sich bedrängt, als ob Strahlen auf sie drückten, prämenstruell stark verstimmt, Klagen über häuslichen Unfrieden, redet unlogisch.

28. 12. 1940 in eine Heilanstalt aufgenommen. Verweigert Arznei, fürchtet Gift in den Lebensmitteln, äußert Beeinträchtigungsideen gegen ihren Mann, redet und schreibt viel, ist schwer auf bestimmte Fragen zu fixieren, die Äußerungen erscheinen vielfach unklar. Oberflächliche Heiterkeit, häufiger Stimmungswechsel, wird leicht gereizt, schimpft, schlägt die Türen. Sie findet alles mögliche bedeutungs- und beziehungsvoll, z. B. daß ihr Neujahrskarten abhanden gekommen seien, daß ein Polizist gewisse Namen nicht aufgenommen hätte, ein Herr E. hätte deshalb sein Mandat niedergelegt, es sei furchtbar viel unter den Leuten über sie gescholten worden. Bringt einen Diebstahl in unklarer Weise mit der Krankenkasse in Verbindung, verkennt eine Pflegerin als Jüdin, der Leiter der Anstalt stehe mit den Juden im Bunde. Zahlreiche Sensationen, optische und akustische Sinnestäuschungen werden vermutet. Der Zustand bleibt im ganzen unverändert. zeitweise arbeitet die Kranke im Nähzimmer. Blutuntersuchung am 8. 1. 1941 ergibt rote 4,1 Mill., Färbeindex 0,97%, Hämoglobin 80%. Keine Formveränderung der roten Blutzellen. Weißes Blutbild o. B. Magenuntersuchung: Im Magensaft keine freie Salzsäure, Gesamtsäure Höchstwert 12, niedrigster Wert 4. Bis Juli 1941 Zunahme der psychischen Krankheitserscheinungen, so daß mit Übergang in einen schizophrenen Defektzustand gerechnet werden muß.

18. Sal., Berta, 30 J. 22. 12. 31 bis 22. 2. 32 und 22. 4. 32 bis 15. 5. 33 und 16. 6. 39 bis 12. 8. 39 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Ein Bruder bekam nach dem Weltkrieg Krämpfe, eine Schwester ist linkshändig. Der Vater, fast alle Kinder und die Kranke selbst haben viel Kopfschmerzen. Sie war bisher ernst, manchmal gedrückt, nie lustig, arbeitsam. Vor einer Woche wurde sie aufgeregt, weinte viel, seit heute ist sie verwirrt, predigt religiöse Dinge, spricht unklar. Bei der Aufnahme besteht eine pathetisch-religiöse Erregung. beim Auskleiden setzt sich die Kranke triebhaft zur Wehr. Am folgenden Morgen ist sie ruhig und geordnet, spricht in salbungsvollem Ton, ist sehr weitschweifig, in der Beantwortung von Fragen etwas schwerbesinnlich, kommt nicht recht vom Fleck. Sie ist örtlich und zeitlich orientiert. Im Laufe der Befragung bekommt sie einen Kollaps, sie blickt plötzlich starr und abwesend, ist nicht mehr ansprechbar, klagt dann über Flimmern vor den Augen und Brechneigung, nach 10 Minuten ist der Zustand vorbei, die Kranke klagt nur noch über Kopfschmerzen, ist blaß und schwer besinnlich. Nach 5 Minuten ereignet sich dasselbe. Die Kranke wird

ins Bett gelegt, ist verlangsamt, schwer besinnlich, dysarthrisch. Sie geht wieder aus dem Bett, geht planlos umher, ist ausgesprochen umdämmert. Körperlicher und neurologischer Befund: Nystagmus nach beiden Seiten, rechter Mund hängt etwas, Gegenhalten, Hakeln, und Haltungsverharren an beiden Armen. Die Bauchdeckenreflexe nicht auslösbar. 23. 12. Die Kranke immer noch umdämmert, wehrt jede Berührung ab. 29. 12. Noch immer umdämmert, verlangsamt, schwerbesinnlich. Dazwischen kurzdauernde Erregungszustände mit Weinen, Schluchzen und krampfhaftem Hervorstoßen einförmiger Laute. Sie ist örtlich orientiert, zeitlich nicht. 6. 1. Äußert viel Selbstvorwürfe und Eigenbeziehungen, Dämmerzustand hält an. 8. 1. Ist weinerlich, ängstlich, zeitlich und örtlich desorientiert. 11. 1. Ist freier, weniger ratlos. 15. 1. Ist morgens immer viel dämmriger, langsame abgehackte Sprache, die Kranke ist ablenkbar, unsicher orientiert, schwerbesinnlich, zeigt vorübergehend blitzartige Zuckungen in beiden Armen. 20. 1. Keine Zuckungen mehr, aber immer noch schwerfällig und umständlich. 26. 1. Besserung, die Kranke wird gewandter im Denken, beschäftigt sich. 9. 2. Morgens noch etwas verstimmt und gehemmt, kommt leicht ins Weinen, nachmittags ist die Kranke freier. 15. 2. Fast unauffällig, nur ganz vorübergehend noch affektlabil. 22. 2. Nach Hause entlassen. Ein Blutbild vom 31. 12. ergab: Hb 76%, Ery 3,8, Leukoz. 5000, Segm 75, Mono 2, Lympho 23%.

2. Aufnahme in die Klinik. Am 22. 4. 32, einige Tage nach der Entlassung bekam die Kranke Angstgefühle, äußerte Eigenbeziehungen, glaubte die Schutzleute auf der Straße gingen ihr nach. Alle Leute auf der Straße schauten sie groß an. Sie schlief nachts unruhig, hörte leise Stimmen vor dem Fenster, die sagten es würde bald brennen und keine Feuerwehr würde kommen. Sie hatte das Gefühl, als würde alles aus der Wohnung gestohlen, als ob sie heraus müßte. Nach Verlassen der Wohnung glaubte sie beim Zurückkommen, es wäre jemand dagewesen und hätte etwas weggeholt. Wenn sie in ein Zimmer ging rief es: „jetzt ist sie drin, was macht sie wieder". Abends kamen so helle Lichtstrahlen, sie meinte, das seien Scheinwerfer, mit denen sie beobachtet würde. Die ganze Straße sei gegen sie. Sie habe sich zu nichts mehr entschließen können. Hier würden alle Kranken über sie reden, es würden Zeichen gemacht, gedeutet und gewinkt. Die Kranke ist örtlich und zeitlich orientiert, sehr schwer fixierbar, redet abschweifend, zeigt eine Bereitschaft zum Mitmachen. Blaßgraue Gesichtsfarbe, 1. Herzton unrein. 27. 5. Äußert: „Jedenfalls denken die, ich will ihnen was nachmachen, weil ich selber nervös bin. Es wird doch immer hin und hergesprochen, wie ich mich immer benehme, es wird immer geguckt. Die Stimmen sagen: „jetzt machst du wieder die Dummheit und bleibst so lange drin". Die Stimmen seien Übertragungen von den Eltern. 8. 6. Die Kranke will nach Hause, die Stimmen haben gesagt, ihre Schwester hätte sich schwarz angezogen, um sie zu holen. Ihre Sachen sollen aus der Wohnung geholt werden, die Polizei habe auch nach ihr geschaut. Es ist ihr vorgekommen, als ob ihren Angehörigen alles zu viel sei. Sie spüre eine innere Unruhe, könne es nicht aushalten. Die Kranke ist immer noch ratlos und verstimmt. 18. 6. Erlebt dauernd neue Eigenbeziehungen. Das höre sie doch, wie das rumgehe, die Stimmen würden alle nachgemacht, das sei doch Träumerei, alles aus dem früheren Leben würde vorgespielt. 4. 7. Fühlt sich beschuldigt und wehrt sich dagegen. 31. 7. Vermutet ihren Mann hier, hört andere Leute darüber sprechen. Sie wollte fort aus den Be-

obachtungen und Beeinflussungen, man habe ihr auch nach der letzten Entlassung nachspioniert und die ganze Straße gegen sie mobil gemacht. 26. 8. Plötzlich erregt, drängt triebhaft zur Tür, ist voll Beziehungsideen. 19. 9. Ist ratlos, ängstlich abweisend, spricht kaum, weint öfters. 18. 10. Hat schon seit Anfang des Monats häufig subfrebile Temperaturen, ist blaß und müde. 25. 10. Hustet. Blutuntersuchung ergibt: Hb 64%, Rote 3,1 Mill. Erhält Hepatrat. 28. 10. Hat nach der inneren Untersuchung schweren Kollaps, nachher starken Husten, schaumigweißes Sputum. Über dem linken unteren Lungenlappen mittel-feinblasige Rasselgeräusche. 3. 11. Klagt über Taubheitsempfindungen in den Fingern und Füßen. 29. 11. Armreflexe sowie Patellar- und Achillessehnenreflexe nicht auslösbar, Schwäche und Ataxie der Beine. 3. 12. Tagsüber ruhig matt, nachts heiter, singt. 15. 1. 33. Unter Gaben von Leber verschwinden die Parästhesien, die Kraft in den Beinen bessert sich. 27. 1. Beginnt wieder zu gehen, psychisch geordnet. 1. 2. Reflexe noch nicht auslösbar, Ataxie der Beine besteht noch. 24. 2. Zeigt Krankheitseinsicht in ihre früheren Sinnestäuschungen, Beziehungs- und Beeinflussungsideen. Hat ab und zu noch Kribbeln, beim Gehen noch Schweregefühl in den Knien, in den Händen und Füßen Schmerzen und pelziges Gefühl. Die Berührungsempfindung ist an den Füßen bis zu den Knöcheln aufgehoben, die Bewegungs- und Schmerzempfindung herabgesetzt, die Patellar- und Achillessehnenreflexe fehlen noch. Die Armreflexe sind auslösbar. 12. 4. Hat manchmal noch Zuckungen in den Beinen, Patellar- und Achillessehnenreflexe fehlen, Sensibilität wieder hergestellt. 15. 5. 33 nach Hause entlassen. Die Kranke erhielt ab 12. 12. bis zur Entlassung 3mal täglich 1 Eßlöffel Hepatrat.

Das Blutbild zeigte während dieses Klinikaufenthaltes folgende Werte:

	Hb	Ery	Rot. Blutb.	Leuko	Stab	Segm	Eos	Mono	Baso	Lymph
Am 25. 10.	64%	3,1	o. B.	2600	16	32	1	13	—	38
„ 2. 11.	63%	2,9	„	2900	20	40	8	5	—	23
					Jgd.	4				
„ 9. 11.	47%	2,2	Anisozytose Megalozyten	3400	25	39	4	1	—	31
„ 3. 1.	69%	3,9	o. B.	9100	5	62	1	4	2	26
„ 31. 1.	71%	4,4	„	7800	4	62	—	3	—	31

3. Wiederaufnahme am 16. 6. 39. Die Kranke lag auf der Straße, entkleidete sich, soll einen Blumenstock auf die Straße geworfen haben. In der Klinik verkennt sie anfangs Personen, ist noch leicht umdämmert, dabei ängstlich und gedrückt. Sie fürchtet, es werde mit ihr nie wieder besser und weint. 19. 6. Die ängstliche Erregung nimmt zu, die Kranke ist bettflüchtig, weint und jammert in einem fort. 21. 6. Etwas ruhiger, aber immer noch bettflüchtig, tänzelt durch den Saal, macht groteske Bewegungen mit den Armen, verkrümmt in eigenartiger Weise den Rücken. 24. 6. Gleicher Zustand, äußert einförmige Selbstvorwürfe und Befürchtungen. „Was habe ich doch früher alles gemacht. Verzeihen sie mir, ich habe so viel gesündigt!". Sie frägt ratlos, wer sich denn aufgehängt habe, es müsse doch etwas passiert sein, was sie denn gestohlen habe. Die Kranke hat Harnverhaltung, muß katheterisiert werden. 29. 6. Jammert, fleht, verkennt den Arzt, macht sich Vorwürfe, ist bettflüchtig, tanzt mit eigentümlichen Bewegungen im Zimmer umher. Körperlich: Hämoglobin 76%, weiteres s. u. Bauchdeckenreflexe fehlen, Patellar- und Achil-

lessehnenreflexe desgl., links besteht Verdacht auf Babinskischen Reflex. 29. 6. Bewegt sich mit zierlichen tänzerischen Bewegungen durch die Abteilung. Zu Bett gebracht jammert sie, murmelt Unverständliches vor sich hin, immer im gleichen klagenden Ton, breitet die Arme aus, erhebt die Hände in Beterstellung. 2. 7. Der Zustand ist im wesentlichen derselbe, jammert stundenlang: „Helft mir doch, ach Gott, ach Gott, ich habe gestohlen, ich habe gesündigt, verzeiht mir!". Sie klammert sich an alle die ans Bett kommen, macht bei der Nahrungsaufnahme große Schwierigkeiten, behält die Speisen im Munde oder läßt sie herauslaufen. Hat eine Angina (38,5 Temperatur). 3. 7. Bekommt Prontosil, Omnadin, Detoxin. 5. 7. hat 39,5 Temperatur, ist immer noch bettflüchtig, läuft mit gefalteten Händen jammernd umher, klagt, stöhnt, weint, bohrt sich verzweifelt ins Kopfkissen, ist widerstrebend beim Einnehmen von Medizin und Nahrung. 8. 7. Hat die letzten 3 Tage Temperatur um 40°. 11. 7. Ist bedeutend ruhiger und zugänglicher, gibt geordnet Auskunft. Zeigt vom 8. 7. bis 13. 7. eine lytische Entfieberung. 24. 7. Weiter Besserung des seelischen Zustandes. 8. 8. Ist psychisch unauffällig. 12. 8. Nach Hause entlassen.

Die Kranke bekam während des Aufenthaltes laufend Campolon und Ce-ferron.

Das Blutbild während des Aufenthaltes:

	Hb	Ery	Rotes Blutb.	Leukoz.	Stab	Segm	Eos	Mono	Baso	Lympho
Am 15. 6.	76%	4,4	o. B.	10500	—	70	—	1	1	28
„ 19. 6.	68%	4,1								
„ 21. 6.	76%	4,4	„	9900	1	91	—	2	—	6
„ 4. 7.	77%	3,9	„	13700	4	82	1	3	—	10
„ 11. 7.	78%	4,0	„	11800	—	71	—	1	—	28
„ 18. 7.	66%	3,6	„	14400	—	82	—	1	—	17
„ 11. 8.	74%	4,0								

Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit: 8/22 am 15. 6.
Liquor: o. B. „ 15. 6.
Urin: Eiweiß opal, massenhaft Leukoz. u. Bakt. „ 29. 6.
Unverändert „ 6. 7.
E Spur, Massenhaft Leukoz u. Bakterien
Einzelne Erythr. „ 18. 7.

Nach Erkundigung Ende Januar 1941 ist Pat. beschwerdefrei, steht aber weiter in Behandlung und erhält 2mal monatlich eine Leberspritze.

Die Krankheit beginnt mit Ohnmachtsanfällen und einem Dämmerzustand, der 20 Tage dauert, anschließend werden Eigenbeziehungen, Selbstvorwürfe und Angst geäußert. Ein einmaliges Blutbild ergibt eine mäßige Anämie und eine Rechtsverschiebung, im Verhältnis der weißen Blutkörperchen. Zwei Monate nach der 1. Entlassung wird die Kranke wieder aufgenommen in einem Zustand der Ratlosigkeit mit Bedeutungs-, Beeinflussungs- und Beziehungserlebnissen und Sinnestäuschungen (Stimmen) und Angst. Sie ist schwer fixierbar und abschweifend. Dieser Zustand hält 9 Monate an. 6 Monate nach der Aufnahme werden eine deutliche Anämie mit Leuko-

penie und auch schwere neurologische Erscheinungen (Areflexie u. a.) festgestellt. Unter Leberbehandlung bessert sich der seelische Zustand deutlich. Der neurologische Zustand bessert sich nur allmählich und läßt sich nicht ganz beseitigen. Nach 6 Jahren wird die Kranke zum 3. Male aufgenommen in einem ängstlich-ratlosen Dämmerzustand mit Selbstvorwürfen und eigenartiger psychomotorischer Erregung. Die Areflexie besteht noch. Eine geringe Anämie ist nur nach einer in der Klinik durchgemachten Angina nachzuweisen. Auch während dieses Aufenthaltes erhält die Kranke Leber, daneben Ceferron. Sie wird nach 2 Monaten psychisch geheilt entlassen.

Die beiden zuletzt beschriebenen Krankheitsbilder (eine Anämie vom sekundären und eine vom perniziösen Typ) werden von Bedeutungs-, Beziehungs- und Beeinflussungserlebnissen mit Ratlosigkeit beherrscht. Daneben bestehen Ängstlichkeit, Sinnestäuschungen und Erregtheit. Bei der ersten Kranken überwiegt ein Rededrang mit Ablenkbarkeit und Inkohärenz, dazwischen heftige Gewaltausbrüche, so daß zeitweise das Bild einer Verwirrtheit entsteht; bei der 2. Kranken ist die psychomotorische Seite teils durch eine gestikulatorisch-parakinetische Unruhe, teils durch Akinese mit Haltungsverharren, Gegenhalten, Hakeln beteiligt. Eine Besonderheit des 1. Falles sind die schweren somatopsychischen Störungen, die mit stärkster Ratlosigkeit erlebt werden.

Psychische Ausfallserscheinungen sind beiden Fällen eigen. Frau M. hat auf den Höhepunkten ihrer Erkrankung gewisse amnestische Störungen, sie ist zeitlich nicht genau orientiert, merkschwach, schwerbesinnlich, unaufmerksam, zeigt angedeutete Personenverkennungen, rechnet schlecht. Bei Frau S. beginnt die Erkrankung mit Ohnmachtsanfällen und einem lange anhaltenden Dämmerzustand mit nachfolgender Schwerbesinnlichkeit. In einem leichteren Dämmerzustande wird sie auch beim 3. Male wieder aufgenommen, und während des 2. Klinikaufenthaltes wiederholte sich ein Ohnmachtsanfall. Spinale anämische Symptome sind im 2. Falle sehr ausgeprägt und hartnäckig (völlige Areflexie) während sie bei der 1. Kranken fehlen.

Beide Kranken bleiben am Leben. Der Verlauf hängt im 1. Fall deutlich ab vom Blutverlust einer Entbindung und von den Menstruationen. Die Anämie ist nur nach der Geburt stärker, sonst wenig deutlich. Bei der anderen Kranken ist der Verlauf ausgesprochen rezidivierend. Es tritt eine Besserung auf Leberbehandlung ein. Blutbildveränderungen sind schon im anfänglichen Dämmerzustand nachweisbar, so daß dieser schon in Zusammenhang mit der perniziösen Anämie zu bringen ist. Eine Anlage ist bei beiden Kranken vorhanden, im

ersten Falle Aufgeregtheit und Nervosität bei der Kranken selbst, sowie bei Bruder, Schwester und Mutter, Trunksucht beim Muttersvater; im 2. Fall hatte der Bruder Krämpfe, der Vater Migräne, eine Schwester ist linkshändig. Es liegt angesichts dieser Züge aus dem epileptischen Formenkreis nahe, die Ohnmachtsanfälle und Dämmerzustände der Kranken auf eine erbliche Bereitschaft zu beziehen.

Aus dem Schrifttum kann man diesen Kranken den ersten der von *Grützmacher* beschriebenen Fälle vergleichen. Er zeigt nach anfänglichen depressiven Veränderungen später Beeinträchtigungsideen und das Gefühl des Gelenktwerdens, nach vorübergehender Besserung begeht er unter Einfluß von Eigenbeziehungen und Sinnestäuschungen einen Totschlag. Auch bei dem von *Hübner* und *Müller-Heß* beschriebenen Kranken herrschten Beeinträchtigungsideen vor, unter deren Zwang ebenfalls eine Tötung begangen wird. Beide Kranke litten an perniziöser Anämie. Eine besondere Beschreibung findet das Syndrom der Ratlosigkeit mit Beziehungs- und Bedeutungserlebnissen in der Literatur jedoch nicht.

VI. Verwirrtheitszustand

19. Alb, Elisabeth, 38 J. 25. 8. 38 bis 13. 5. 39 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Früher unauffällig, keine erbliche Belastung. Am 17. 8. 38 wurde eine supravaginale Uterusamputation wegen Myomen vorgenommen. Wunde p. p. geheilt. Seit vergangener Nacht ist die Kranke erregt und verwirrt, griff Nachtschwester und Patienten an, drohte durchs Fenster zu springen, führte wirre Reden. Aufnahmebefund: Anämisches Aussehen, Hämoglobin 44%, Rote 3 Mill. (weiteres s. u.). Die Kranke ist zeitlich und örtlich nicht orientiert, tagsüber ist sie ruhig, nachts unruhig, läuft dauernd aus dem Bett, zerreißt einer Schwester die Schürze, wird agressiv gegen Vorübergehende. Es wird eine Bluttransfusion von 400 ccm vorgenommen. 10. 9. Desorientiert, zieht dauernd das Hemd aus, würgt das Essen wieder heraus, gießt das Essen unter die Bettdecke, muß mit der Sonde gefüttert werden, behauptet ihr Bett sei elektrisiert, hat leichte Temperaturen. 20. 9. Redet dauernd vor sich hin, greift aus der Unterhaltung anderer Worte auf und unterhält sich mit diesen, knetet und faltet dauernd die Bettdecke, spuckt unter die Decke, pflückt irgend welche Dinge aus der Luft (delirantes Bild). Hat immer noch subfebrile Temperaturen. 10. 10. Spuckt unter die Bettdecke und auf die Erde, schließt die Augen, greift mit den Händen in die Luft. „Ich bin eine Blindschleiche, ein Regenwurm, ein Turteltäubchen." Antwortet verwirrt auf Fragen. 27. 10. Gleicher Zustand. Illusionäre Verkennungen, anscheinend auch echte Halluzinationen. Inkohärenter Rededrang, teilweise ideenflüchtig, ablenkbar durch äußere Eindrücke, kurzschlüssige Beschäftigungsunruhe, Affektlabilität, verweigert Nahrung, muß täglich zweimal mit der Sonde gefüttert werden. 14. 11. Im allgemeinen ruhiger, redet noch zeitweise vor sich hin, greift irgendwelche Worte aus der Umgebung auf, ahmt ihre Umgebung nach, horcht in eine Ecke, antwortet völlig sinnlos. 24. 11. Verhält sich ruhig, verkennt Personen,

flüstert mit geheimnisvoller Miene, redet von Blindschleichen und Krähen, ist sehr ablehnend, immer noch affektlabil. 1. 12. Ist stark abgemagert und sehr unruhig, hat die Augen geschlossen, der Kopf geht hin und her, gestikuliert mit den Armen, macht expressive und sinnbildliche (pseudospontane) Bewegungen, sträubt sich, wenn man ihr die Hand fortnehmen will, macht zusammenhanglose Äußerungen, die Aufmerksamkeit ist kaum zu fixieren, sie redet unklar und entgleitet in andere Gedankengänge. Es ist ihr nicht immer möglich, Gegenstände zu benennen, die Umgebung erfaßt sie nicht, die Merkfähigkeit ist schlecht. Die Stimmung wechselt, sie ist abweisend. 30. 1. Bietet besonders nachts ein mehr delirantes Zustandsbild, räumt das ganze Bett aus, führt laute Selbstgespräche, die inhaltlich völlig unklar sind. Spuckt unter Tage auf die Tische, schlägt andere Kranke, geht mit raschen Schritten im Tagesraum auf und ab, gestikuliert pseudospontan mit den Händen, verhält sich ablehnend. 10. 2. Bekommt die 5. Bluttransfusion. Dauernd verwirrt und erregt, versucht unter Tage die Kleider auszuziehen und zum Fenster hinauszuwerfen, spuckt alle Gegenstände voll, zieht die Bettwäsche ab, legt sich nachts auf den Boden. 25. 2. 6. Bluttransfusion. Ist noch lauter und unsteter, löst die Haare auf, zieht Schuhe und Strümpfe aus, nimmt andern Kranken die Handarbeiten weg und zerstört dieselben, beschmiert die Heizkörper mit Brei, rüttelt an allen Betten, stößt die Schwestern weg und schimpft. Nimmt große Mengen Nahrung zu sich, nimmt trotzdem an Gewicht ab, sieht fahl aus. 17. 3. Vorzeitig gealtertes graues Aussehen. Internistische, gynäkologische Untersuchung und Röntgenuntersuchung der Lungen ergeben keine Besonderheiten. Im Sputum keine Tbc.-Bazillen. 20. 4. Der seelische Zustand ist derselbe, hat an beiden Händen und im Gesicht eine *Dermatitis solaris*. 28. 4. Wird immer hinfälliger, liegt mit geschlossenen Augen, völlig apathisch im Bett, reagiert auf keine Fragen. 1. 5. Hustet seit einigen Tagen. 10. 5. hat Durchfälle, Fieber und einen sehr kleinen Puls, schläft viel. 11. 5. Auf Fragen erhält man keine Antworten, widerstrebt bei den körperlichen Untersuchungen, starke fleckige *braunschwärzliche Pigmentation* der Hände und des Gesichts, die Volarflächen der Hände sind frei. Die Haut schält sich besonders an der Stirn in großen Lamellen. Fortschreitender Verfall. 13. 5. Exitus.

Blutbild während des Klinikaufenthaltes:

	Hb	Ery	Rot. Blutb.	Leuko	Stab	Segm	Eos	Mono	Baso	Lymph
Am 25. 8.	44%	3,0	Starke Anisoz. minimale Poikilozytose	16900	4	84	—	4	—	8
„ 10. 9.	57%	3,4	Mäß. Anisoz.	7300	8	67	—	1	—	24
„ 29. 9.	60%	3,5	Mäß. Anisoz.	7900	7	56	2	3	1	31
„ 22. 10.	48%	3,1	Leichte Anisoz.							
„ 1. 11.	75%	4,1	Minim. Anisoz.	6200	2	58	—	6	—	34
„ 24. 11.	76%	4,3	o. B.							
„ 12. 12.	67%	3,7	Leichte Anisoz.							
„ 18. 1.	73%	3,7								
„ 31. 1.	75%	3,8	o. B.	4400	—	48	2	4	2	44
„ 16. 3.	74%	3,8	Minim. Anisoz.	6300	2	68	2	2	—	26
„ 4. 4.	100	5,0								

Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen:

13. 1. 10/29 1. und 2. Stunde
15. 3. 41 1. Stunde

Sektionsbefund: Zentrale Fettleber, Gallenstauungen, Nekrosen und geringe Bindegewebsvermehrung der Leber, graurotes Knochenmark, Zustand nach Uterusamputation.

Sieben Tage nach einer Uterusamputation, die wegen starker Blutungen vorgenommen wurde, tritt bei einer 38jährigen, bis dahin unauffälligen und erblich nicht belasteten Frau ein Verwirrtheitszustand auf, dem hyperkinetische Erscheinungen beigemengt sind und der auch insofern nicht rein ist, als von vornherein amnestische und delirante Symptome vorhanden sind, die allmählich zunehmen. In der letzten Woche tritt Schlafsucht hinzu. Die Krankheit verläuft unter starken z. T. durch die Behandlung bedingten Schwankungen 8 Monate. Neurologische Ausfallserscheinungen fehlen. Trotzdem es gelingt, die anfänglich hochgradige Anämie (64% Hämoglobin, 3 Mille Rote) zum Schluß zu beseitigen, verfällt die Kranke körperlich immer mehr und bekommt bräunlich-schwärzliche Hautverfärbungen, wie bei einer Pellagra (Dermatitis solaris), so daß möglicherweise eine Avitaminose mitwirkt (vgl. Fall 21). Den Anstoß zum Ausbruch der psychischen Störungen gab die Uterusoperation, doch entfernt sich der lange und fortschreitende Verlauf von den Gesetzmäßigkeiten einer postoperativen Psychose (Fall 24).

Züge von Verwirrtheit boten auch die vorhergehenden Kranken 17 und 18 mit einem ratlosen Beziehungssyndrom, besonders die erstere. *Steijfa* beschreibt 4 akute amentielle Störungen bei perniziöser Anämie. Schon *C. Schneider* hat bemerkt, daß Amentiaformen bei perniziösen Anämien selten sind. Doch könnten die unter verworren-manischen Bildern verlaufenden Fälle von *Bonhoeffer*, *Schröder* und *Marcus* auch hier eingereiht werden.

VII. Psychomotorische Zustände

20. Schlem, Albert, 43 J. 19. 6. 24 bis 11. 7. 24 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Eine Schwester der Mutter war geisteskrank. Er war stets ein vergnügter, lebhafter, arbeitsfroher Mensch. Das Leiden begann vor 7 Jahren. Er wurde zuerst gelb, erholte sich dann wieder. Vor zwei Jahren stellte man bei ihm eine perniziöse Anämie fest. Vor einem halben Jahr kam er ins Krankenhaus, wurde dort mit Arsacetin behandelt, zu Hause wurde diese Behandlung bis jetzt fortgesetzt. Im Krankenhaus zeigten Blutbilder Hb Werte von 20—28% und 1—3,1 Mill. Erythr. Vor drei Tagen traten die ersten seelischen Störungen auf. Er schlief schlecht, hatte lebhafte Träume von Tigern, Walrossen, von Weltenaufbau vom Bakterium an. Dabei bestand ein starkes Krankheitsgefühl („entweder ich gehe zu Grunde oder ich werde verrückt“). Dabei hatte er auch „Fieber“ und Erbrechen. Gestern nachmittag bekam er

plötzlich einen Lachkrampf, dann schrie er und schlug um sich, mußte festgehalten werden, nach einer Stunde hatte er einen weiteren „Anfall" mit Zähneknirschen, war anscheinend von Besinnung. In der Klinik sagt der Kranke: „Ich höre dauernd den Rundfunk, das ist eine laufende Kaffeemühle, wie ein fortwährendes Schnurren, ein Lärm, kein Worte." „Ich weiß nicht, was ich mit meinem Körper anfangen soll." Er klagt über Unruhe und Betätigungsdrang, sei so zittrig in den Gliedern. Der Kranke hat eine wachsgelbe Hautfarbe, blasse Lippen, Puls 120/min, systolisches Geräusch über dem Herzen. Erythrozyten 1,6 Mill. ausgesprochene Anisozytose. Neurologisch: mäßiges Fingerzittern, Hypotonie in Armen und Beinen, Patellar- und Achillessehnenreflexe gesteigert, links mehr als rechts. Gang unsicher langsam, schwankend. Sch. befindet sich in allgemeiner Unruhe, die bei abgelenkter Aufmerksamkeit zunimmt: Legt die Beine bald so bald so, rückt hin und her, macht kreisende Bewegungen mit den Armen, die Zunge ist in wogender Unruhe, ständige Bulbusunruhe, beim Kniehackenversuch verfällt der Kranke in Schwimmbewegungen. Er ist örtlich und zeitlich orientiert. 20. 6. Ist auch im Bade unruhig und laut, nachts ist er ohne Schlaf, lacht und spricht vor sich hin, bespuckt seine Umgebung, wirft sein Essen auf den Fußboden, schlägt dem Pfleger die Milch aus der Hand. 21. 6. Legt sich auf den Gang und schreit zeitweise laut auf. 23. 6. Zweifelnder Gesichtsausdruck: „Wenn ich doch mit jemand mich aussprechen könnte". Er hat immer den Eindruck, daß er nicht verstanden wird, daß ein unüberbrückbarer Abstand zwischen ihm und den Ärzten sei. „Ich weiß, daß ich am ersten Tag so eine Art Schreien an mir gehabt habe, daß ich etwas nicht anhalten konnte." 24. 6. Ist sehr unaufmerksam und schwerbesinnlich, muß wiederholt angerufen werden. 8. 7. Ist in den letzten Tagen dauernd schläfrig, benommen, hat Knöcheloedeme, ansteigende Temperaturen, etwas bronchitische Geräusche über den Lungen, die Leber steht einen Querfinger unter dem Rippenbogen, die Milz ist eben tastbar: Spasmen im linken Bein, Babinski beiderseits positiv. 9. 7. Weiterer Temperaturanstieg, ist benommen, hat Nasenbluten und Erbrechen. Die Bauchdeckenreflexe sind nicht auslösbar. 11. 7. War weiter benommen, heute Exitus letalis. Die Sektion ergibt: Stärkste Anämie aller Organe, rotes Knochenmark, stark vergrößerte Milz, ausgesprochene Fettleber, Hypertrophie des linken Ventrikels, bronchopneumonische Herde in den abhängigen Teilen der Lungen.

Nach 7 Jahren Dauer einer perniziösen Anämie tritt bei einem bis dahin unauffälligen, aber durch Geisteskrankheit eines Mutterschwester belasteten Manne eine Unruhe mit Zähneknirschen und Zittern auf; ferner krampfhaftes Lachen und Schreien, um sich Schlagen, einförmig wiederholte schwingende Bewegungen der Beine, kreisende Bewegungen der Arme, Unruhe der Zunge, Kopf und Augen. Es handelt sich demnach um eine psychomotorische (stereotyp iterative) Erregung mit myostatischen Zutaten. Dabei ist der Kranke zeitweise bewußtseinsgetrübt, schläfrig, zunehmend schwerbesinnlich und schließlich benommen. Dauer der psychischen Störungen 3 Wochen. Tod an Bronchopneumonie.

21. Barth., Sybille, 44 J. 27. 5. 38 bis 16. 6. 38 und 15. 9. 39 bis 29. 9. 39 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Die Patientin war eine ruhige, fleißige, saubere Frau, seit 8 Jahren magenkrank, hatte öfter Erbrechen und Magenschmerzen, schon vor 8 Jahren hatte sie eine Magenblutung. Vor 2 Wochen kam sie wegen einer Magenblutung ins Krankenhaus, dort ist sie am 12. 5. sehr mißtrauisch, glaubt, daß sie Medikamente unter falscher Bezeichnung bekommt, bezieht alles auf sich, lacht unbegründet. Nachts ist sie desorientiert und unruhig, sieht Figuren und Gestalten, hat Angstzustände. Hb 52%, Ery 2,8, Leukoz. 8500, Stab 3, Seg 61, Eos 1, Mono 2, Lymphoz. 33. 23. 5. hört sie Stimmen im Zimmer. Die Unruhe nimmt zu, sie lacht laut auf, daß man sie über die ganze Abteilung hört, verkennt zeitweise Personen. Bei der Aufnahme in die Nervenklinik ist die Kranke in gehobener Stimmung, hat einen starken Rededrang, spricht in Reimen, sehr einförmig und sinnlos: „Immer nur deutsch alleine, immer nur Barthels alleine, deutsch ist das Beste, immer nur die Weste, ich hörte es ganz deutlich, immer das ist erfreulich, auf deutsch muß man es sagen, nur nicht fragen." So geht die Verbigeration unaufhörlich weiter, ist dabei ablenkbar, flicht die Namen zufällig ihr ins Auge fallender Gegenstände ein. Sie macht eine geheimnisvolle, groteske verzerrte Miene, führt stereotyp-iterative Bewegungen mit der linken Hand aus. Zeigt Echopraxie bei zufälligen Bewegungen des Arztes, bietet ausgesprochenes Haltungsverharren. Der Rededrang ist durch Fragen kaum zu unterbrechen, ist die Kranke unbeobachtet, so ist sie ruhiger. Die Kranke ist sehr blaß. 6. 6. Die Erregung hat plötzlich aufgehört, ist vielmehr mutistisch, lächelt still, der anfängliche Rededrang läßt sich nur durch wiederholtes Fragen sicher hervorrufen. 11. 6. Weiß über Zeit und Grund ihres Herkommens nichts, hat eine erschwerte Auffassung, muß zu allem dreimal aufgefordert werden, kann sich nur schwer konzentrieren, schweift ab,. redet vorbei, wiederholt sich in stereotypen Wendungen, macht eintönig wiederholte Grußbewegungen. 16. 6. Wird unter Beruhigung nach Hause entlassen.

Das Blutbild:

	Hb	Ery	Rot Blutb.	Leukoz.	Stab	Segm	Eos	Mono	Baso	Lymph
Am 27. 5	60%	4,0	Leichte Anisoz. u. Polychr.	6000	1	69	2	5	—	23
„ 16. 6.	70%	3,7	o. B.	11500	1	80	2	5	1	11

Nach $1^1/_4$ Jahr erfolgt die Wiederaufnahme am 15. 9. 39. Nach der Entlassung war sie immer etwas schwach und gedrückter Stimmung gewesen, hat oft erbrochen. Vor einigen Wochen hatte sie vorübergehend Husten und bemerkte eine deutliche Gewichtsabnahme. Gestern ging sie zu Hausleuten, rief um Hilfe, da sie sterben müsse. Bei der Aufnahme gibt sie sinnlose Antworten. Z. B. Wie alt? 100 Jahre. Wo wohnen Sie? Überall. Auf der Abteilung ist sie ratlos, auf keine Frage zu fixieren. Sie frägt, wo bin ich, was ist los? Sie ist sehr unruhig und versucht ständig aus dem Bett zu gehen. Auf Fragen gibt sie stereotype Antworten. 17. 9. Sie führt inkohärente Selbstgespräche, zeigt ausgesprochene Echolalie, antwortet stereotyp und iterativ. Nach ihrem Vornamen gefragt, sagt sie: „wie, wie, wie, oder niemals, niemals, niemals, niemals". Sie zeigt ausgesprochenes Haltungsverharren, Greifreflex und Hakeln. Körperlich: Blässe, stark reduzierter Ernährungs- und Kräfte-

zustand. Die Rachenorgane gerötet und geschwollen, Zunge ist belegt, Schallverkürzung über der linken unteren Lungenhälfte, auskult. o. B. Bauchdeckenreflexe sind nicht auslösbar. Blutsenkungsgeschwindigkeit 8/24 mm. Blutbild: Hb 92%, Ery 5,0, Leukoz 11500, Stab 4, Segm 87, Eos 1, Mono 4, Lympho 4. Temperatur um 38 Grad. 21 9. Besteht ausgesprochene Bewegungsarmut. Die Kranke ist amimisch, spricht spontan kein Wort. Sie läßt sich nur mit Mühe in den Hals sehen. 22. 9. Es werden noch einzelne stereotype Bewegungen gemacht, blasende Bewegungen mit dem Mund, dabei stärkstes Gegenhalten. Führt inhaltlose stereotype Selbstgespräche. 25. 9. Völlig mutistisch, Verhalten ausgesprochen ablehnend. 26. 9. Der Halsbefund ist fast völlig zurückgegangen. Es bestehen aber immer noch Temperaturen um 38 Grad, bei der Unterhaltung verfällt Pat. wieder in inkohärente und stereotype Reden. 27. 9. Sie starrt meistens vor sich hin, einmal wird sie beobachtet, wie sie mit dem rechten Arme iterative Drehbewegungen ausführt. 28. 9. Die Kranke ist sehr hinfällig, schläft sehr viel. 29. 9. Kann auf Aufforderung nur teilweise die Augen öffnen, liegt benommen da. Hustet. Temperatur mgs. 39,9. abds. 40,2. Am selben Tag stirbt die Kranke.

Sektion: Faustgroßes Carcinom des linken Unterlappenbronchus, mit Metastasen in den Hilus- und Bifurkationslymphdrüsen, diffuse Bronchiektasen im linken Lungenunterlappen, Lungenoedem rechts, Dilatatio cordis, pfenniggroßes chronisches Ulcus duodeni kurz unter dem Pylorus. Alte Ulkusnarbe in der Nähe des Geschwürs. Mikroskopisch: Typisches kleinzelliges solides Carzinom. Lymphknoten: Tumorinfiltrat des Randsinus, daneben zahlreiche Epitheloidzelltuberkel. Hirnmetastasen wurden nicht gefunden (?).

Bei sekundärer Anämie aus jahrelang bestehenden Duodenalgeschwüren tritt akut eine psychomotorische Erregung auf, besonders auf sprachlichem Gebiet mit Verbigeration. Die Kranke ist örtlich und zeitlich desorientiert, besonders nachts. die Stimmung wechselt zwischen Heiterkeit und Angst, es treten Eigenbeziehungen sowie optische und akustische Sinnestäuschungen auf. Nach raschem Ablauf des nur etwa 4 Wochen dauernden Ausnahmezustandes ist die Kranke noch schwerbesinnlich und hat eine Amnesie für die Vorgänge der Krankheit. Der gleiche psychomotorische Erregungszustand mit delirantem Beiklang wiederholt sich $1^1/_2$ Jahre später, ohne nachweisliche Anämie, nachdem sich inzwischen ein Bronchialcarcinom entwickelt hat, unter der Einwirkung einer Carcinomkachexie ohne Hirnmetastasen. Eingeschaltete akinetische Zeichen sind diesmal häufiger und stärker. Zum Schluß wird die Kranke schläfrig und benommen. Eine persönliche oder erbliche Veranlagung ist nicht nachweisbar, um so auffälliger ist es, daß die Kranke auf zwei verschiedene Hirnschädigungen (Anämie, Tumorkachexie) mit der gleichen Reaktionsform eines psychomotorischen Krankheitsbildes antwortet. Allerdings kann man außer an eine eigenartige latente Disposition an ein gleiches ätiologisches Zwischenglied im Sinne *Bon-*

hoeffers bei beiden Schädigungen — Vitaminverarmung? — denken. Hervorzuheben ist, daß beide Kranke auch Erscheinungen deliranter, amnestischer und somnolenter Art zeigen. Bei der Halluzinose des Falles 13 und der Verwirrtheit der 19. Kranken waren auch schon psychomotorische Zeichen aufgetreten. Sie werden uns wieder bei den deliranten Kranken 22 und 23 begegnen.

Psychomotorische Zustände bei perniziöser Anämie sind mehrfach beschrieben. *Wohlwill* schildert eine 8 Tage dauernde Erregung mit Singen, Schreien, Kratzen, Beißen, Grimassieren, Grunzen. Dabei ist die Kranke desorientiert. Nach Abklingen der Erregung treten Sinnestäuschungen auf. Einen Fall sprachlicher Erregung beschreibt *Behrens*. *Weimann* berichtet von einem Kranken mit Stupor und Erregung. Der 49jährige Kranke zeigte zunächst einen negativistischen Stupor mit stereotypen Bewegungen, absonderlichen Haltungen, abruptem Rufen und stereotypem Wiederholen sinnloser Worte und Silben. Nach zwei Monaten traten nächtliche Erregungszustände mit Singen, Schreien, Predigen und Schimpfen auf. Nach einem Monat wurde der Kranke wieder stumpfer, zeigte steife Körperhaltung und maskenartigen Gesichtsausdruck, 3 Monate später traten wieder kurz vor dem Tode nächtliche Erregungszustände auf. Die von *Graf* beschriebene paranoide Kranke war zeitweise sprachlich erregt und für mehrere Stunden stuporös. Auch *Erbslöh* schildert eine 47jährige Frau mit Erregungszuständen bei einer perniziösen Anämie.

VIII. Delirant-amnestische Zustände

22. Scheel, Johann, 64 J. 21. 2. 27 bis 20. 3. 27 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Seit 2 Jahren sind die Beine schwächer geworden, er habe öfter Schmerzen darin, ein „Drücken", manchmal auch Magenschmerzen, Kopfschmerzen und Schwindel, das Gedächtnis ist schlecht geworden. Seit drei Monaten ist er immer hinfälliger und blaß geworden. Befund: Stark reduzierter Ernährungszustand, blaß. Die Pupillen sind entrundet, völlig lichtstarr, reagieren jedoch auf Nahesehen, lebhafte Unruhe der vorgestreckten Zunge. Leichte artikulatorische Sprachstörungen, leichte Ataxie beim Fingernasenversuch, Patellarsehnenreflex links stärker als rechts. Achillessehnenreflex beiderseits vorhanden. Starke Ataxie beim Kniehackenversuch. Bauchdecken- und Cremasterreflexe fehlen, allgemeine Schmerzüberempfindlichkeit. Lagesinn in den Zehen gestört. Hämoglobin 35%, Ery 2,9, Leukoz. 6800, Magen: Freie Salzsäure —. Gesamtsäure 7. Milchsäure —, Blutserum: Wa—R zweifelhaft, Meinicke —, Meinicke-Elkeles schwach +, Wa-R im Liquor —. Der Kranke ist örtlich und zeitlich desorientiert, unrein mit Urin, nachts laut und störend. Verlauf: 24. 2. Mittags sehr ängstlich, jammerte, wühlt nachts sein Bettzeug durcheinander, ist schlaflos, ausgesprochen delirante Unruhe. Ist desorientiert, verkennt Personen, die Merkfähigkeit ist herabgesetzt. Aufgefordert, die Arme zu erheben, hält er dieselben längere Zeit

in der Luft. Fascikuläre Zuckungen im Quadrizeps, der stark atrophisch ist. Patellarsehnenreflexe beiderseits stark herabgesetzt, Achillessehnenreflexe fehlen beiderseits, spastische Steifigkeit, Oppenheimscher Reflex rechts +. 2. 3. Blutprobe im Stuhl positiv. Delirant amnestisches Zustandsbild hat sich vertieft. Er spricht viel mit sich selbst, ist fast unfixierbar, zupft an seiner Bettdecke, bewegt die Hände, als habe er Fäden aufzuwickeln. Auf die Frage, was er in der Hand habe, antwortet er: „Wachsklumpen". Ist zeitlich und örtlich völlig desorientiert. 8. 3. Ist besonders nachts sehr unruhig, kramt in seinem Bettzeug herum, spricht laut vor sich hin. 10. 3. Weiter delirant, führt Selbstgespräche, wandert nachts, ist unruhig, hustet, hat etwas Auswurf. Die Zunge weicht nach rechts ab, rechter Mundfacialis schwächer. 18. 3. Reagiert auf Nadelstiche nicht, zeigt ab und zu Greifreflex und Festhalten der Hand. 20. 3. Zunehmender Kräfteverfall, ist benommen, heute Exitus letalis.

Sektion: Stärkste Anämie aller Organe, auch von Gehirn und Rückenmark, sonst makroskopisch o. B. Ausgesprochene Fettleber. Rotes Knochenmark. Stark vergrößerte Milz. Hypertrophie des linken Ventrikels. Bronchopneumonische Herde in beiden Lungen.

Bei einem erblich nicht belasteten 64jährigen Manne mit perniziöser Anämie, niederen Magensäurewerten und neurologischen Ausfallserscheinungen tritt ein deliranter Zustand mit amnestischen Erscheinungen auf. Später werden noch geringe psychomotorische Zutaten (Haltungsverharren, Festhalten, Greifreflex) beobachtet. Nach 4 Wochen Klinikaufenthalt stirbt der Kranke.

23. Trais., August, 62 J. 9. 12. 25 bis 22. 1. 26 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Vater des Kranken war aufgeregt. Seit Anfang dieses Jahres hat der Kranke Brustschmerzen. Vor drei Monaten ist im Krankenhaus eine perniziöse Anämie festgestellt worden. In den letzten Wochen ist er blaß und gelb geworden, die Zunge ist aufgesprungen. Schon in den letzten Wochen war der Kranke ab und zu verwirrt. Seit heute ist er unruhig, springt aus dem Bett, bedroht die Angehörigen mit einem Messer, spricht von Verfolgung, schien ängstlich zu sein. Bei der Aufnahme ist der Kranke zeitlich nicht orientiert, findet nur schwer Worte, gibt umständlich Antwort, erzählt langsam, verliert oft den Zusammenhang und bricht ab, ist sehr bald erschöpft. Im Laufe des Tages wird er sehr unruhig, ängstlich, läuft umher. Die Hautfarbe ist fahlgelb, der Puls ist klein und beschleunigt. Der erste Herzton unrein, der 2. Aortenton akzentuiert. Die Urobilinogenprobe im Harn ist stark positiv, ein Blutbild ergibt Hb 26%, Ery 1,0. Er bekommt Arsacetin. Verlauf: 11. 12. Ist der Kranke sehr erschöpft und matt, wieder unruhig, springt aus dem Bett und läuft auf dem Vorplatz umher, wirft Brötchen aus dem Fenster. 14. 12. Schläfrig, hat wenig Appetit. 19. 12. Hat leichte Oedeme an den Händen und Beinen, möchte eine Spritze, die ihn für immer schlafen mache. 21. 12. Starke Oedeme, die Unruhe nimmt zu. 5. 1. Oedeme verschwinden nach Diuretin, der Kranke ist somnolent, schwerbesinnlich, oft unruhig, drängt aus dem Bett, schimpft laut, sucht seine Kinder. 6. 1. Der Zustand verschlechtert sich, der Kranke ist schläfrig, apathisch, der Puls klein. 7. 1. Ist örtlich und zeitlich desorientiert. 15. 1. Apathisch, nur zeitweise delirante Unruhe, seit einigen Tagen Hin-

undherwackeln mit dem Kopf. Das rechte Auge weicht nach außen ab, es treten Zuckungen im rechten Facialisgebiet auf. Der Hb Wert beträgt 28%, Ery 1,8 Mill. Aniso- und Poikilozytose. 16. 1. Temperaturerhöhung, über der rechten Lunge hört man kleinblasige Rasselgeräusche. 18. 1. Starkes Hinundherwackeln mit dem Kopf, Zuckungen im rechten Facialgebiet, kauende Bewegungen mit dem Mund. Die Sprache ist sehr undeutlich, Patellarsehnenreflexe rechts stärker als links. Gordon beiderseits +. Zeitweise sehr unruhig und delirant, dann wieder benommen, lallende Sprache, kann Gegenstände nicht mehr bezeichnen. 22. 1. Exitus letalis.

Sektion: Gehirn blaß, nicht atrophisch. Lungen sehr blaß, kleine bronchopneumonische Herde. Herz blaß, verbreitert, geringe Atheromatose der Aorta. Milz etwas vergrößert, Leber blaß, fettreich. Nieren sehr blaß, Schrumpfniere. In der rechten Niere mehrere kleine Abscesse. Absceß der Prostata. Leichte Balkenblase mit geröteter Schleimhaut. Knochenmark in eine himbeerartige rötliche Masse verwandelt.

Im Verlaufe einer perniziösen Anämie tritt bei einem 62jährigen alten Manne, dessen Vater aufgeregt war, ein delirant-amnestischer Zustand auf, dem die Züge eines Dämmerzustandes (Bewußtseinstrübung) von vornherein beigemengt sind und der schließlich in Schläfrigkeit und Benommenheit übergeht. Psychomotorische Zutaten werden in Form von Kopfwackeln und einförmigen Kaubewegungen beobachtet. Dazu kommen Zuckungen im rechten Facialisgebiet, erschwerte Wortfindung, Pat. R. > L., Gordon beiderseits.

IX. Dämmerzustände

24. Jung, Maria, 43 J. 17. 6. 24 bis 30. 7. 24 und 16. 8. 33 bis 1. 11. 33 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Die Mutter der Kranken war „nervenleidend" gewesen. Die Kranke selbst ist eine gutmütige etwas ängstliche Frau. Bei der 1. Aufnahme (1924) klagt sie: Seit Wochen läge sie im Bett, fühle sich sehr matt und schläfrig, sei appetitlos, habe viel Herzklopfen, seit einer Woche sei es, als ob die Beine einknickten, den ganzen Tag schlafe sie, sie müsse zum Essen geweckt werden, bei der Schläfrigkeit sei sie aber nervös und schreckhaft. Befund: Haut und Schleimhäute wenig durchblutet, Puls 92/min., Fehlen der unteren Bauchdeckenreflexe, die Kranke macht einen geschwächten Eindruck, als ob man es mit einer Schwerkranken zu tun hätte. Mit den Händen macht sie merkwürdige Bewegungen, scheinbar unwillkürliche. Die Kranke wird mit der Diagnose Neurasthenie gebessert entlassen.

Die 2. Aufnahme erfolgt nach 9 Jahren. Jetzt klagt die Kranke, seit einem halben Jahr sei die Periode unregelmäßig und verstärkt. Vor 2 Wochen sei sie zum Arzt gegangen wegen Herzklopfen und Schwindel, sie fühlte sich matt und elend. Vor einer Woche wurde wegen Myomen eine supravaginale Uterusamputation ausgeführt. Nach der Operation hatte die Kranke Unruhe und Hitze im ganzen Körper, schrie laut, sah im Traum, wie eine Katze totgefahren wurde, was sie sehr erregte. Der Arzt berichtet: die Kranke wurde abends erregt, warf mit Gegenständen um sich, schrie und war unansprechbar. Aufnahmebefund: Die Kranke hat ein verfallenes anämisches Aussehen, erbricht

viel, hat einen unstillbaren Durst. Nach der Aufnahme tritt ein Kollaps ein, nach Erholung des Kreislaufs bricht eine Erregung mit lautem Schreien und Seufzen aus; die Kranke ist dabei unansprechbar und ängstlich. Verlauf: 18. 8. Kleiner, beschleunigter Puls, allgemeine Blässe, spitze Nase... 21. 8. Das Befinden ist gebessert, doch ist eine Thrombophlebitis am linken Oberschenkel aufgetreten. 30. 8. Die Kranke ist geordnet. 30. 10. Es bestehen keine seelischen Störungen mehr, die Kranke ist gutmütig, freundlich, noch etwas ängstlich. 1. 11. Wird nach Hause entlassen.

Das Blutbild zeigte während des Klinikaufenthaltes folgende Änderungen:

	Hb	Ery	Rot. Blutb.	Leukos.	Stab	Segm	Eos	Mono	Baso	Lymph
Am 19. 8.	48%	3,8	o. B.	10700	5	64	—	6	1	24
„ 2. 10.	50%	3,9	Geringe Anisoz.	4600	2	60	—	4	—	34
„ 16. 10.	59%	4,0	Vereinz. Mikroz.	6400	2	49	3	6	—	40
„ 30. 10.	65%	3,9	Geringe Anisoz. Ver. Poikiloz. Selten Mikroz.	4300	—	34	—	2	—	64

Als Behandlung erhielt die Kranke während des ganzen Klinikaufenthaltes Hepatrat (3mal tgl. 1 Eßlöffel).

Nach Anfrage am 9. 2. 35 erfreut sich die Patientin bester Gesundheit. Bei einer Nachuntersuchung am 18. 2. 41 wurden leichte allgemeine nervöse Beschwerden, wie Ermüdbarkeit und Erregbarkeit, manchmal Schwindelgefühle festgestellt. Zeichen einer Anämie sind nicht vorhanden.

Nach einer infolge langanhaltender Blutungen vorgenommenen Uterusamputation bricht bei der 43jährigen Frau ein Dämmerzustand aus, den Angst- und Zornaffekte erregt gestalten und den ein Kreislaufverfall begleitet. Die seelische Störung dauert nur etwa 14 Tage, der bedrohliche Höhepunkt wird in 6 Tagen überwunden, obwohl die beträchtliche Anämie bis zur Entlassung noch keineswegs behoben ist. Neurologische Symptome sind nicht vorhanden. Wahrscheinlich ist auch die 9 Jahre früher aufgetretene psychisch-nervöse Veränderung die Auswirkung einer schon damals bestehenden Bluterkrankung gewesen, wenn sich das mangels einer damals unterlassenen Blutuntersuchung auch nicht sicher nachweisen läßt. Aber die Mattigkeit und Schläfrigkeit, das Einknicken der Knie und die unruhigen Bewegungen der Hände sind sehr verdächtig und die mangelhafte Durchblutung von Haut und Schleimhäuten weist in diese Richtung. Schon früher war die Frau etwas ängstlich, ihre Mutter nervenleidend.

25. Frenz., Gustav, 67 J. 7. 11. 33 bis 9. 11. 33 in der Nervenklinik in Frankfurt/M. Vorgeschichte: Der Kranke hat schon seit Jahren mit dem Herzen zu tun. Seit einigen Monaten sieht er blaß aus, ißt fast nichts mehr, magert ab, hat Schwellungen an den Beinen. Seit 3 Tagen ist er geistig verändert, antwortet nicht, spricht wirres Zeug, rief „ich stech dich tot". Seit heute morgen ist er sehr erregt, bringt das Zimmer durcheinander, stellt alles um, macht einen verstörten Eindruck. Auf-

nahmebefund: Sehr blasser Mann mit ergrauten Haaren, nicht ansprechbar, kaum zu untersuchen, wehrt triebhaft ab, ist bewußtseinsgetrübt. Starke Oedeme an den Beinen. Während der 3 Tage seines Klinikaufenthaltes ist er unruhig, bleibt nicht im Bett, redet durcheinander, fuchtelt in der Luft herum, läßt unter sich. Blutdruck 95/55 mm Hg, Urobilin und Urobilinogenprobe im Urin +. Blutbild: Hb 30%, Ery 1,5 Mill., starke Anisozytose, Poikilozytose, Mikrozyten, Megalozyten, ein Normoblast, selten basophil Punktierte, Leukoz. 9600, Stab 1, Segm 84, Mono 1, Lympho 14. Tod am 9. 11.

Die Sektion ergibt: Himbeermark der Röhrenknochen, Hämosiderose der Leber. Hämolymphdrüsen längs der Aorta, Atrophie der Magenschleimhaut, dilatiertes Fettherz. Im Knochenmark Vorstufen der roten Zellreihe, viele Megalozyten, Piatrübung und Piaoedem über beiden Hemisphären.

Bei einem Kranken mit einer perniziösen Anämie und Herzinsuffizienz tritt 6 Tage vor dem Tode eine erregter Dämmerzustand auf. Neurologische Ausfallserscheinungen sind nicht nachweisbar. Eine persönliche oder erbliche Anlage fehlt.

Bei den letzten 4 Kranken — 3 perniziöse, 1 sekundäre Anämie — handelt es sich um ausgesprochen heteronome Krankheitsbilder, zweimal um delirant-amnestische, zweimal um dämmrige Zustände. Nur eine dieser Störungen, ein Dämmerzustand, ging nach 2 Wochen vorüber (Fall 24), in den 3 anderen Fällen erfüllt die seelische Veränderung die letzten 6 Tage oder die 4—6 letzten Wochen des Lebens.

Persönliche oder erbliche Veranlagung spielen hier nur eine untergeordnete Rolle: Die Kranke mit dem vorübergehenden Dämmerzustande war schon früher nervös (ängstlich), ebenso ihre Mutter, bei dem einen deliranten Kranken war der Vater aufgeregt gewesen.

Ich erinnere an die früher besprochene Kranke Sal. (Fall 18), die abgesehen von ihrer ratlos-eigenbeziehenden Störung ebenfalls Dämmerzustände und Ohnmachten hatte und durch Merkmale aus dem epileptischen Formenkreise belastet war. Man sieht nun, daß dies keineswegs für alle mit Bewußtseintrübungen reagierenden Kranken zutrifft.

Delirante Züge waren auch der Verwirrtheit der Frau Al. (Fall 19) beigesellt, amnestische Erscheinungen waren mehr oder weniger ausgeprägt noch bei vielen anderen Kranken nachzuweisen. Schläfrigkeit und Benommenheit trat auch bei sonst anders gestalteten Symptombildern kurz vor dem Tode hinzu.

Im Schrifttum sind bei perniziöser Anämie die deliranten, amnestischen und Dämmerzustände bekannt. Besonders häufig sind präterminale Benommenheiten. *Siemerling* beschreibt einen Kranken, der nach einer Zeit depressiver Verstimmung mit Sinnestäuschungen 3 Monate vor dem Tode nächtlich delirante Zustände und zunehmende

Benommenheit zeigte. *Schröder* berichtet von einer 46jährigen Frau, die anfänglich wahnhafte Ideen und Befürchtungen bei abwechselnd heiterer und gereizter Stimmung aufwies, später schwerbesinnlich wurde, schlecht orientiert war und Personen verkannte. *Grafs* Patientin war eine 69jährige Frau mit Depression, Gedächtnislücken und Urteilsschwäche, eine Woche später trat ein deliranter Zustand auf. Ausschließlich Bewußtseintrübung, Personenverkennung, nächtliche Verwirrtheitszustände, delirante Beschäftigungsunruhe bot die von *Ossenkopp* beschriebene Kranke. Auch *Jones* und *Raphael* sahen bei einer perniziösen Anämie Intelligenzdefekte, Störungen des Gedächtnisses der Kombinationsfähigkeit und der Logik. *Illing* beschreibt eine präterminale delirant-amentielle Psychose *Keßler* einen Korsakowschen Symptcmkomplex bei perniziöser Anämie.

Man beobachtet das Auftreten amnestisch-deliranter Zustände auch nach Behandlung mit Leber. *Goldmann* und *Taterka* sahen nach hohen Leberdosen Verwirrtheit, Somnolenz und Erregung auftreten. Der Zustand hielt 2—3 Tage an. Erklärt wird diese Erscheinung mit Beobachtungen von *Schulten,* der nach Einleitung der Lebertherapie bis zum Wirkungseintritt eine Hämoglobinabnahme sah. *Läufer* beobachtete einen Fall von perniziöser Anämie mit delirantem Zustandsbild, nach Lebergaben trat vorübergehend Somnolenz auf. Eine ähnliche Erscheinung zeigt die in dieser Arbeit beschriebene Kranke 8. Nach der Behandlung mit Leber besserten sich das Blutbild und die Ataxie, jedoch traten amnestische und halluzinatorische Störungen auf.

Allgemeine Bemerkungen

Über die Aufeinanderfolge der seelischen Störungen bei perniziöser Anämie gibt *Büssow,* dessen Arbeit schon erwähnt wurde, an: im Anfang stehe ein hypochondrisch-asthenisches Stadium, darauf folge ein rein depressives Stadium, als nächstes ein paranoisch-depressives, darauf ein paranoisch-halluzinatorisches und zum Schluß ein delirantes Stadium. Die Stadien können auch einzelne Krankheitsbilder darstellen. Wenn sie aber bei einem und demselben Kranken auftreten, werden sie immer in dieser Reihenfolge durchlaufen oder in umgekehrter Folge bei einer Besserung oder Heilung der seelischen Störung.

Nach meinen Beobachtungen kann man nur vereinzelt und unter besonderen Umständen mehrere verschiedene und deutlich voneinander abgegrenzte Krankheitsabschnitte bei den Anämiepsychosen unterscheiden. Dies war fast nur der Fall, wenn mehrere Krankheitsanfälle auftraten, die durch Zeiten der Gesundheit oder wesentlichen Besserung voneinander getrennt waren. So war bei Fall 9 der erste Krank-

heitsanfall ein Angstzustand, der zweite ein rein amnestischer Zustand, bei dem allerdings eine multiple Sklerose und ein Hirntumor mitwirkten. Im Falle 12 war der erste Krankheitsanfall ein Beziehungssyndrom, der zweite eine Halluzinose, der sich allmählich konfabulatorische und phantastische Symptome hinzugesellten, ohne daß man ein Stadium reiner Konfabulose hätte abgrenzen können. Bei der 18. Kranken, die im Gegensatz zu Fall 9 und 12 mit dem Leben davonkam, folgte unmittelbar auf einen durch Ohnmachten eingeleiteten Dämmerzustand ohne scharfe Abgrenzung ein ratloses Beziehungssyndrom; dies wiederholte sich bei der zweiten Erkrankung einige Jahre später. Bei der Mehrzahl der übrigen verstorbenen Kranken traten später zu dem für den betreffenden Kranken kennzeichnenden Zustandsbild amnestische oder delirante oder dämmrige (schläfrige) Symptome hinzu oder verstärkten sich, wenn sie schon vorher beigesellt waren. Dies war sowohl bei der Depression (mit Angstgefühlen) des Falles 6 so, der später delirante Züge aufwies, wie bei der ängstlichen 8. Kranken, deren amnestische Erscheinungen sich allmählich verstärkten, bis schließlich Schlafsucht hinzutrat. Entsprechend war der Verlauf bei der Halluzinose des Falles 11 und der Verwirrtheit der 19. Kranken, deren delirante und amnestische Züge sich nach und nach verstärkten und zuletzt in Schläfrigkeit übergingen. Bei anderen Kranken entwickelte sich eine endliche Schlafsucht bzw. Umdämmerung unmittelbar aus dem vorherrschenden Syndrom der Konfabulose (15, 16), oder des psychomotorischen Zustandes (20, 21). Bei den von vornherein deliranten oder dämmerigen Kranken 22, 23, 25 wurde keine Zustandsveränderung vor dem Tode beobachtet, auch nicht bei dem depressiven Kranken 5.

Jedenfalls geht aber aus einer Verfolgung der Verläufe unzweideutig hervor, daß die homonomen Depressionen — in Bestätigung der Ansicht von *G. Specht* — die leichteren Krankheitsgestaltungen sind, ihnen folgen nach zunehmender Schwere die intermediären Angstzustände, diesen und dem Beziehungssyndrom die Halluzinose, im Vergleich zu der wieder die Konfabulose ein schwereres Krankheitsbild darstellt. Allen diesen intermediären Syndromen treten die heteronomen Bildungen der amnestischen, deliranten und dämmrig-schläfrigen Zustände als schwerste Krankheitsformen gegenüber.

Von den 25 Kranken hatten 16 eine perniziöse Anämie, 8 eine sekundäre Anämie, 1 eine agastrische Anämie. Die perniziösen Anämien sind an fast allen hier beschriebenen Zustandsbildern beteiligt, mit Ausnahme des Verwirrtheitszustandes, der nur bei einer sekundären Anämie (Fall 19) vorkam, und der Konfabulosen, die zu einer sekundären und einer agastrischen Anämie gehörten.

Die sekundären Anämien zeigten sonst noch Halluzinosen (12, 13, 14), ein Beziehungssyndrom (17), einen psychomotorischen Zustand (20), einen Dämmerzustand (24). Es fehlen also bei den sekundären Anämien die depressiven und die Angstzustände, sowie die delirant-amnestischen Syndrome, die bei perniziösen Anämien gerade häufig sind.

Bonhoeffer berichtet nach einer Mitteilung von *Bier* über Auftreten von Somnolenz und kurzer Umdämmerung bei großen Blutverlusten. *Bumke* sah bei einer Magenblutung infolge eines Magengeschwürs eine nur einige Tage dauernde psychische Störung, die er als amenten Zustand bezeichnet. *Ewald* beobachtete nach mehrfach wiederholter Magenblutung einen halben bis einen Tag dauernden deliranten Zustand. Auch *Kleist* (mündliche Mitteilung) ist ein solcher Fall begegnet. *Romano* und *Evans* sahen bei einem Hämophilen Beziehungsideen, nach Besserung des Blutbildes besserte sich der seelische Zustand. Ich erinnere hier auch an die Eigenbeobachtung, von der im Anfang der Arbeit berichtet wurde.

Wenn schon zwischen perniziöser und sekundärer Anämie so erhebliche Unterschiede im Vorkommen und der Häufigkeit der einzelnen Zustandsbilder bestehen, so können die Verschiedenheiten der Syndrome nicht nur auf der Verschiedenheit der psychischen, nervösen und sonstigen Anlagen der Erkrankten beruhen. Dieser Schluß ergibt sich auch aus der sehr ungleichen Verteilung der einzelnen Syndrome, die sich bei einem Vergleich der Anämiepsychosen mit symptomatischen Psychosen anderer Herkunft herausstellt.

	Anämie-psychosen	Postoperat. Psychosen	Stoffwechsel-psychosen	Influenza-psychosen	Myxödem-psychosen
I. Homonome Zustandsbilder					
Melanch. Zust.	6	—	3	5	—
II. Intermediäre Z.					
a. Angstzustand	4	2	3	—	1
Halluzinose	4	—	—	1	2
Konfabulose	2	—	—	—	—
Beziehungsz.	2	1	—	—	2
b. Verwirrheits-zust.	1	—	1	1	—
Psychomot. Z.	2	3	4	5	—
III. Heteronome Z.					
Delir	2	2	1	4	—
Amnestischer Z.	—	—	1	—	—
Dämmerzustand	2	2	9	3	—
	25	10	22	19	5

Ich beschränke mich auf einen Vergleich der anämischen Psychosen mit den von *Kleist* nach denselben Richtlinien untersuchten postoperativen, Stoffwechsel- und Influenzapsychosen, sowie mit den aus der Frankfurter Klinik von *Lamprecht* beschriebenen Myxödempsychosen.

Die Anämiepsychosen haben, wie man sieht, eine Vorliebe für die zur homonomen Gruppe gehörenden depressiven Zustände (6). Noch häufiger jedoch sind die innerhalb der intermediären Gruppe enger zusammengehörenden ängstlich-wahnhaften Formen des Angstzustandes, der Halluzinose, der Konfabulose und des Beziehungssyndroms, die zusammen 12mal vertreten sind. Dagegen treten die intermediären Verwirrtheits- und Motilitätszustände mit zusammen 3 Fällen und die heteronome Gruppe der deliranten, amnestischen und dämmerigen Zustände mit 4 Fällen zurück.

Eine ähnliche Verteilung zeigen nur die Myxödempsychosen, insofern als die 5 in einigen Jahren gesammelten Psychosen dieser Herkunft sämtlich der ängstlich-wahnhaften Untergruppe angehörten. Die Kleinheit dieses Krankengutes gebietet allerdings Vorsicht. Vielleicht ist aber die Entstehungsweise der Myxödem- und Anämiepsychosen verwandt, wenn bei anämischer Schädigung des Nervensystems ein Vitaminmangel mitspielt, worauf viele Beobachtungen hinweisen. Dieser Mangel aber könnte ähnliche Wirkungen haben, wie der des Schilddrüsenhormons beim Myxödem.

Die postoperativen Psychosen dagegen, deren Entstehungsbedingungen zunächst eine größere Verwandtschaft mit den anämischen Psychosen zu haben schienen, zeigen eine ganz andere Verteilung auf die verschiedenen Syndrome und Syndromgruppen. Homonome Formen fehlen ganz, die ängstlich-wahnhaften Bilder sind nicht häufiger als die psychomotorischen und die heteronomen (3 : 3 : 4). Mit den Stoffwechsel- und Influenzapsychosen besteht wohl eine gewisse Berührung, indem auch diese Erkrankungen homonome (depressive) Zustände — wenn auch seltener — hervorrufen (3 bzw. 5), aber sonst herrschen ganz andere Gesetze. Die ängstlich-wahnhaften Formen treten gegenüber den Verwirrtheits- und Motilitätszuständen stark zurück (3 : 5 bzw. 1 : 6) und noch häufiger sind hier die heteronomen Gestaltungen, besonders bei den Stoffwechselpsychosen (11 bzw. 7).

Die Bildung des für jede körperliche Erkrankung kennzeichnenden „Spektrums der Zustandsbilder" ist also zu einem großen Teil von Eigenschaften der jeweiligen körperlichen Erkrankung selbst, — die wir vorläufig nur sehr unvollkommen kennen — abhängig. Außerdem wirken die Schwere der Erkrankung, das Alter und das Geschlecht des Erkrankten und seine körperliche, nervöse und seelische Beschaffenheit einschließlich der Erblichkeit mit.

Die Frauen überwiegen mit 17 unter 25 bedeutend, doch betrifft das hauptsächlich die sekundäre Anämien, die zu einem großen Teil von spezifisch weiblichen Gesundheitsstörungen abhängig waren: Uterusmyom (Fälle 12, 19, 24), Geburt (Fall 17), Hypermenorrhoe (Fall 13). Nach Abzug der 8 sekundären und 1 agastrischen Anämie verteilen sich die 16 perniziösen Anämien gleichmäßig auf 8 Männer und 8 Frauen. Der Einfluß des Geschlechts auf die Auswahl der Krankheitsbilder zeigt sich dann sehr deutlich darin, daß bei gleichem Anteil der Männer (Fälle 1, 5, 6) und Frauen (Fälle 2, 3, 4) an den Depressionszuständen, die Angstzustände und das ängstlich-ratlose Beziehungssyndrom nur bei Frauen vorkamen (Fälle 7, 8, 9, 10, 18), während delirant-amnestische und dämmerige Bilder nur bei Männern beobachtet wurden (Fälle 22, 23, 25), ferner eine Halluzinose und ein psychomotorischer Zustand (Fälle 11, 20).

Doch überschneidet sich dies mit dem Einfluß des Lebensalters, indem im Gesamtmaterial die 4 delirant-amnestischen und dämmerigen Zustände mit einer Ausnahme ältere Leute jenseits des 60. Lebensjahres betreffen, und diese Symptomenbilder ja auch bei reinen senilen und arteriosklerotischen Erkrankungen vorherrschen, übrigens auch der Altersparalyse ihr Gepräge geben. Auf der anderen Seite waren die drei jüngsten unserer Kranken Frauen, und diese im 30. und 38. Lebensjahr stehenden Patientinnen litten zweimal an einem ratlosen Beziehungssyndrom mit Zügen von Verwirrtheit und einmal an einer ausgeprägten Verwirrtheit. Es ist aber bekannt, daß auch die eigentlichen Verwirrtheitspsychosen (sog. Amentia) von den jüngeren Lebensaltern und vom weiblichen Geschlecht bevorzugt werden. Die Halluzinosen, Konfabulosen und psychomotorischen Zustände gehörten den 40er Jahren an (40.—47. Jahr), die Angstzustände und einfachen Depressionen dem 40.—56. Jahre, wobei die einfachen Depressionen zur Hälfte jenseits des 50. Lebensjahrs ausbrachen, von den 4 Angstzuständen dagegen nur einer (Fall 7).

Die Rolle von Anlage und Erblichkeit ist schon bei den einzelnen Krankheitszuständen besprochen, so daß hier nur die Ergebnisse zusammengestellt werden sollen.

Am stärksten ist dieser Einfluß bei den Depressionszuständen, die in der Hälfte der Fälle nachweislich durch Anlage und Erblichkeit vorgebildet waren. Aber auch bei den 3 andern Kranken fanden sich gewisse, wenn auch unbestimmte und z. T. schwächere erblich-konstitutionelle Merkmale: Nervosität, Epilepsie, Migräne, Linkshändigkeit, Trunksucht, Schwachsinn.

Unter den Angstzuständen war nur 1 Kranke depressiv belastet, fraglich ob auch mit Angsterkrankung, die drei übrigen Fälle zeigten

nur die auch bei den Depressiven festgestellten unspezifischen Belastungen. Von 4 Halluzinosen war eine Kranke durch Selbstmord der Großmutter belastet und zeigte selbst vor der Erkrankung ein schizoides Wesen, ein anderer Kranker hatte eine Epilepsie in der Sippe.

Die beiden Kranken mit ratlosem Beziehungssyndrom zeigten keine auf dieses Krankheitsbild hinweisende Züge oder Belastungen, sondern nur Nervosität bzw. Epilepsie und epileptoide Eigenschaften in den Sippen.

Nichts war konstitutionell oder erblich nachzuweisen bei den drei Konfabulosen und bei der einen Verwirrtheit, dagegen war die Mutter des einen psychomotorisch-erregten Kranken geisteskrank gewesen; näheres war darüber nicht zu erfahren.

Unter den 4 heteronomen (delirant-amnestischen-dämmerigen) Zustandsbildern fanden sich nur zweimal schwache und unbestimmte Veranlagungen (Nervosität bei der Kranken und ihrer Mutter, bzw. Nervosität des Vaters). Jedoch war Frau S. (Fall 18), die außer einem ratlosen Beziehungssyndrom auch Ohnmachten und Dämmerzustände hatte, mit Epilepsie belastet, was ihre „epileptoide" Reaktionsweise erleichtert haben mag. Epilepsie kam aber auch sonst verhältnismäßig oft in den Sippen unserer Kranken vor (Fälle 3, 7, 8, 11).

Wahrscheinlich spricht in der Auswahl der bei schweren Anämien psychisch Erkrankenden aber auch eine ursprüngliche Widerstandsschwäche des Nervensystems gegenüber äußeren und körperlichen Schädigungen, die von *Kleist* bei den Influenzapsychosen zuerst herausgestellte „symptomatische Labilität" mit. Darauf weist hin, daß eine Kranke (Fall 21) nicht nur bei sekundärer Anämie nach Magenblutungen, sondern $1^1/_2$ Jahre später bei Kachexie infolge eines Bronchialcarcinoms psychisch erkrankte, übrigens beide Male mit dem gleichen psychomotorisch-verbigeratorischen Erregungszustand. Eine andere Kranke (Fall 9) erkrankte mit 48 Jahren an einem Angstzustande, bei dem auf eine Anämie noch nicht gefahndet wurde; als sie 13 Jahre später wieder — diesmal mit einem nur leicht ängstlich gefärbten amnestischen Zustande — aufgenommen wurde, bestand neben einer perniziösen Anämie eine multiple Sklerose und ein Hirntumor (kleiner Tumor des linken N. Trigeminus). Der Vater der an Halluzinose bei schwerer Anämie erkrankten 12. Kranken litt an progressiver Paralyse. Zu erwähnen ist hier auch, daß ein Muttersbruder der 6. Kranken (mit Depression bei perniziöser Anämie) ein Delirium tremens durchgemacht hat und an einer alkoholischen Polyneuritis leidet.

Die Diagnose der Psychose bei einer Anämie bot bei unsern Kranken oft Schwierigkeiten. Meist leiten die Anamnese und die kör-

perlichen Symptome auf den richtigen Weg. Oft aber steht der seelische Zustand so im Vordergrund, daß die körperlichen Zeichen übersehen werden, besonders wenn sie gering sind und eine genauere internistische Untersuchung nicht erfolgt. Wird an die Möglichkeit der Erkrankung gedacht, dann lassen sich auch diese Fälle ausschalten. Schwierigkeiten machen dann nur die Fälle, in denen die seelischen Erscheinungen das einzige und Frühsymptom bilden, so Fall 8. In diesem Fall führten nur wiederholte internistische und neurologische Untersuchungen zum Ziel. Seelische Schädigung als Frühsymptom finden wir auch in den Beobachtungen von *Hutter* sowie von *Hübner* und *Müller-Heß*.

Zum Schluß einige Worte über Behandlung und Ausgänge. Unter den perniziösen Anämien nehmen eine besondere Stellung die Kranken aus der Zeit ein, in der die Leberbehandlung noch nicht bekannt war. Bei ihnen konnte von einer Heilung mit Ausnahme von einem Falle nicht gesprochen werden. Bei diesem (Fall 10) wurde die Diagnose früh gestellt und eine Besserung des körperlichen und seelischen Zustandes mit Arsacetin erreicht. Eine Änderung tritt mit der Einführung der Leberbehandlung auf, es starben nur noch 5 von 10 Kranken, gegenüber 5 von 6 der früheren Zeit. Von den 5 Todesfällen in der Zeit der Leberbehandlung kamen 4 zu spät, z. T. erst wenige Tage vor dem Tode in Behandlung (Fall 5, 6, 9 und 24). Bei einem Teil der Kranken folgt eine Besserung sowohl des seelischen als auch des körperlichen Zustandes auf Behandlung mit Leber. Dies zeigen die depressiven Erkrankungen 2 bis 4, die Angsterkrankung 7 und Fall 18, ratloses Beziehungssyndrom. Einen Sonderfall stellt die Kranke 8 dar: bei ihr tritt bei Leberbehandlung eine Verschlechterung des seelischen Zustandes ein, obwohl das Blutbild sich bessert. Die Kranke stirbt trotz Leberbehandlung an Pneumonie und hämorrhagischer Diathese. Eine vorübergehende Verschlimmerung nach Leberbehandlung zeigt auch der Fall 7, wo die Angst sich vermehrt. Verschlimmerung eines seelischen Zustandes bei Leberbehandlung wurde von *Läufer* beobachtet, ein deliranter Zustand wurde zu einem somnolenten, diese Verschlechterung war nur vorübergehend. Ebenso berichtet *Keßler* von der vorübergehenden Steigerung einer psychotischen Störung nach Behandlung mit Leber. Dasselbe beobachtet *Goldkuhl* bei einer amenten Psychose. *Goldmann* und *Taterka* sahen nach hohen Leberdosen (stündlich 1 Eßlöffel Hepatrat!) die vier Tage gegeben wurden, bei seelisch unauffälligen Kranken Verwirrtheit, Somnolenz und vorübergehende Erregung auftreten, ein Zustand, der zwei Tage anhielt.

Auch die eine agastrische Anämie mit Konfabulose (Fall 15)

starb trotz Leberbehandlung. Die 8 sekundären Anämien, von den 3 gestorben sind, geben therapeutisch kein einheitliches Bild. Fall 21 zeigt eine Parallelität zwischen seelischem und Blutbefund (bei der ersten Aufnahme). Auch in Fall 12 bessert sich bei der dritten Aufnahme der seelische Zustand nach Leberbehandlung parallel mit dem Blutbild. Bei der vierten Aufnahme tritt nach der Myomoperation derselbe Krankheitszustand auf, ohne daß deutliche Anämie nachzuweisen ist; die Kranke stirbt in einer Anstalt an „Darmkatarrh". Bei Fall 17 geht der seelische Zustand nach Leber- und Eisenbehandlung nur zeitweise dem Blutbild parallel, bei der zweiten Aufnahme ist die psychische Heilung trotz Leberbehandlung, Bluttransfusion und Besserung des Blutbildes verzögert. Fall 19 zeigt im Anfang einen Zusammenhang des seelischen Zustandes mit der Anämie, später besteht die seelische Störung jedoch trotz Besserung des Blutbildes weiter und die Kranke stirbt in einem kachektischen Zustand, dessen Ursache nicht geklärt ist. Bei Fall 24 klingt die dämmerige Erregung ab, ohne daß das Blutbild eine wesentliche Änderung zeigt. Bei Fall 13 und 14 ist die Beobachtungszeit zu kurz, um Schlüsse ziehen zu können. Fall 16 litt an einem Blasenpapillom und war therapeutisch nicht zu beeinflussen. Im ganzen sind von den 25 Kranken 14 gestorben. Eine 15. Kranke (Fall 7) ist ein Jahr nach klinischer Behandlung gestorben.

Zusammenfassung

1. Es werden 25 Kranke mit seelischen Störungen bei Anämien beschrieben, die in der Frankfurter Nervenklinik von 1920 bis 1938 aufgenommen wurden. Es handelt sich um 16 perniziöse Anämien, 1 agastrische Anämie und 8 sekundäre Anämien. Daneben wird die Eigenbeobachtung eines Arztes nach einer Bluttransfusion geschildert.

2. Die perniziösen Anämien bestanden bei 8 Männern im Alter von 43 bis 67 Jahren und bei 8 Frauen im Alter von 30 bis 52 Jahren. Bei 15 perniziösen Anämien und bei der 40 Jahre alten Kranken mit agastrischer Anämie zeigten sich auch Symptome einer anämischen Rückenmarkserkrankung. 1 Kranke mit perniziöser Anämie litt, wie die Sektion ergab, außerdem an einem Meningeom der mittleren Schädelgrube und an einer multiplen Sklerose.

3. Die sekundären Anämien (sämtlich bei Frauen im Alter von 30 bis 44 Jahren) hingen in folgender Weise mit körperlichen Erkrankungen zusammen: 3 Kranke litten an Anämien bei Uterus myomatosus, bzw. an Anämie nach Uterusamputation wegen Myomen. 1 Kranke litt an Anämie bei verstärkten Genitalblutungen (wahrscheinlich klimakterischen Blutungen), 1 Kranke an Blutungen bei Blasenpapillomen, 2 Kranke hatten Anämien bei Ulcus ventriculi bzw. duodeni. Bei der

letzteren Kranken entwickelte sich später ein Bronchuscarcinom ohne Anämie, wobei wieder dieselben seelischen Störungen auftraten. 1 Kranke litt an einer Anämie ungeklärter Art und erkrankte zum 2. Male bei starker Anämie 3 Tage nach einer Geburt. Bei den sekundären Anämien bestanden außer Zittern und Reflexsteigerung keine ausgeprägten neurologischen Erscheinungen.

4. Die einzelnen seelischen Krankheitserscheinungen waren: Erhöhte Ermüdbarkeit, Reizbarkeit, Labilität der Stimmung, hypochondrische Klagen, traurige Verstimmung, Unwertgedanken, Selbstvorwürfe, Lebensüberdruß, Selbstmordabsichten, Denkhemmung und Entschlußerschwerung. Angstgefühle, ängstliche Unruhe mit Jammern, Weinen, Klagen, Hilfeflehen, Umherlaufen, Bettflucht, gelegentlich auch Schimpfen und Schlagen. Ängstliche Verfolgungs-, Vergiftungs- und Verarmungsideen z. T. mit vorwurfsvoller Gereiztheit. Sinnestäuschungen aller Sinne, überwiegend Phoneme, seltener Sensationen und Visionen. Phantastisch-konfabulatorische Wahnbildung. Erlebnisse der Beziehung, Bedeutung und Beeinflussung. Ratlosigkeit. Verwirrte Erregung und inkohärenter Rededrang. Psychomotorische Hyperkinese mit Iteration und Stereotypie, sprachliche Erregung mit Verbigeration, Akinese mit Echopraxie, Beeinflussungsbereitschaft, Haltungsverharren, Gegenhalten. Verschlechterung der Merkfähigkeit, Gedächtnisstörung, besonders für Jüngsterinnerungen, Konzentrationsschwäche, Schwerbesinnlichkeit, örtliche und zeitliche Desorientierung, Personenverkennungen, delirante Unruhe, Bewußtseinstrübung, Benommenheit, Schlafsucht.

5. An Zustandsbildern wurden beobachtet: Depressive Zustände (6 Fälle), Angstzustände (4 Fälle), Halluzinosen (4 Fälle), Konfabulosen (2 Fälle), ratlose Beziehungszustände (2 Fälle), Verwirrtheitszustand (1 Fall), psychomotorische Zustände (2 Fälle), delirant-amnestische Zustände (2 Fälle), Dämmerzustände (2 Fälle). Davon gehören die depressiven Zustände zu den homonomen Syndromen (6 Fälle), die delirant-amnestischen und die Dämmerzustände zu den heteronomen (zusammen 4), die übrigen Zustandsbilder mit zusammen 15 Fällen zu den intermediären Syndromen, die somit beträchtlich überwiegen. Unter den intermediären Syndromen stehen die Verwirrtheits- und Motilitätssyndrome (3 Fälle) einander sehr nahe, während Angstzustand, Halluzinose, Konfabulose und Beziehungssyndrom ebenfalls eine unter sich enger zusammenhängende (ängstlich-wahnhafte) Gruppe bilden, die hier besonders stark vertreten ist (12 Fälle).

6. Die Verfolgung der Krankheitsverläufe ergibt, daß die homonomen Depressionen die leichteren Krankheitsgestaltungen sind, mit zunehmender Schwere folgen ihnen die intermediären Angst- und Be-

ziehungszustände, diesen die Halluzinose und die Konfabulose. Die schwersten Krankengestaltungen sind die heteronomen amnestischen, deliranten und dämmerigen Zustände.

7. Die perniziösen Anämien beteiligten sich an der Mehrzahl dieser Zustandsbilder mit Ausnahme von Konfabulose und Verwirrtheitszustand. Die sekundären Anämien verschonten dagegen depressive, ängstliche und delirant-amnestische Symptomenbilder. Die eine agastrische Anämie rief eine Konfabulose hervor.

8. Ein Vergleich der Anämiepsychosen mit anderen nach denselben Gesichtspunkten untersuchten symptomatischen Psychosen ergibt, daß jede ihr eigenes „Spektrum der Zustandsbilder“ besitzt, was nur durch auswählende Wirkungen der einzelnen Krankheitsursachen erklärt werden kann.

9. Für die Diagnose ist bemerkenswert, daß in einem Falle die seelischen Erscheinungen das Frühsymptom einer perniziösen Anämie bildeten. Hier führten nur wiederholte internistische Untersuchungen zur Diagnose.

10. Eine gleichartige Veranlagung oder Erblichkeit fand sich nur bei Kranken der depressiven Gruppe und zwar in der Hälfte (3 Fälle). Die Kranken mit anderen Zustandsbildern zeigten z. T. unspezifische Anlagemerkmale oder Belastungen auf seelisch-nervösem Gebiet wie Nervosität, Trunksucht, Epilepsie, Krampfanfälle ungeklärter Art, Linkshändigkeit, Migräne, Schwachsinn, Suizidversuche, „Geisteskrankheit“, „Nervenleiden“. Bei 9 Kranken ist keine derartige Anlage oder Erblichkeit nachgewiesen. In 2 Fällen ergaben sich Hinweise auf eine konstitutionelle bzw. erbliche Empfindlichkeit gegenüber äußeren und körperlichen Schädigungen (*Kleists* symptomatische Labilität).

11. Die Behandlung der perniziösen Anämie mit Leber- und Eisenpräparaten brachte in 5 von 10 Fällen Besserung des seelischen und des körperlichen Zustandes; 4 Kranke kamen erst wenige Tage vor dem Tode in Behandlung. Eine Kranke starb trotz Leberbehandlung an hämorrhagischer Diathese und Pneumonie. Bei ihr trat sogar auf Leberbehandlung eine Verschlechterung des seelischen Zustandes ein. Vorübergehende Verschlimmerung des seelischen Zustandes nach Leberbehandlung zeigte ein weiterer Fall. 6 Erkrankungen fallen in die Zeit, in der die Leberbehandlung noch nicht bekannt war. Nur bei einem dieser Fälle konnte durch Arsacetinbehandlung der körperliche und seelische Zustand gebessert werden, die übrigen 5 Kranken starben. Die eine Kranke mit agastrischer Anämie starb trotz Leberbehandlung. Von den 8 sekundären Anämien starben 3. 4 Fälle zeigten vorübergehend eine Besserung des seelischen Zustandes und der Anämie durch Leber und Eisen. Bei einem Fall blieb trotz Besse-

rung des Blutbildes die seelische Heilung verzögert. Bei einem Fall klangen die seelischen Erscheinungen ab, ohne daß das Blutbild eine wesentliche Änderung zeigte.

Schrifttumverzeichnis

Atkin, Lancét 1932 II, 569, Ref. Zbl. Neur. 65, 822, 1933. — *Behrens*, Mschr. Psychiatr. 47, 1920. — *Bodechtel, Bremer, Schilling*, Z. Neur. 158, 1937. — *Bodeker* u. *Juliusberger*, Arch. Psychiatr. 30, 1898. — *Bonhöffer*, 1. Zur Frage der exogenen Psychosen. Zentr. Neur. u. Psych. 20, 1909. 2. Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und innere Erkrankungen. Aschaffenb. Handbuch d. Psychiatrie, Spec. Teil, 3. Abt., 1. Hälfte, Leipzig und Wien 1912. 3. Die exogenen Reaktionstypen. Arch. Psychiatrie 58, 1917. 4. Geistes- u. Nervenkr. Handbuch der ärztl. Erfahrungen im Weltkrieg 1914/18, 4, 1922 *Bostroem*, Zt. Neur. 131, 1931. — *Braun*, Arch. Psychiatrie 70, 1924. — *Bumke*, Lehrbuch d. Geisteskrankheiten. 4. Aufl. 1936. — *Büssow*, Zt. Neur. 165, 1939. — *Cain et Ceillier*, Ann. med. psychol. 94, I. Ref. Zbl. Neur. 82, 1936. — *Cossack*, Zt. Neur. 152, 1935. — *Erbslöh*, Diss. 1933, Bonn. — *Ewald*, Handb. d. Geisteskr. v. Bumke, Spez. Teil, 3. Bd. 7, 1928 (Psychosen bei Infektion, bei Allgemeinleiden u. bei Erkrankungen inn. Organe). Ergänzungsband 1939. — *Francke*, Allg. Z. Psychiatrie 98, 1932. — *Goldmann* u. *Taterka*, Med. Kl. 1929. — *Goldkuhl*, Ref. Zbl. Neur. 72, 1934. — *Graf*, Zt. Neur. 139, 1932. — *Grützmacher*, Allg. Zt. Psychiatrie 109, 1938. — *Hartstra*, Nederl. Tijdschr. Geneesk, 1938, Ref. Zbl. Neur. 70, 1934. — *Hübner, Müller-Hess*, Arch. Psychiatrie 99, 1933. — *Hutter*, Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1933, Ref. Zbl. Neur. 70, 1934. — *Illing*, Mschr. Psychiatrie 78, 1931. — *Jones* u. *Raphael*, Arch. of. Neur. 4, 55. — *Kessler*, Wien. med. Wschr. 1933. Ref. Zbl. Neur. 68, 1933. — *Kleist*, Postoperative Psychosen, Berlin 1916. Die Influenzapsychosen. Berlin 1920. Psychosen bei Stoffwechselstörungen in „Stoffwechselkrankheiten". Herausg. v. K. *Herxheimer*, Berlin 1926. Zustandsbilder u. Krankheitsarten im Lichte der Gehirnpathologie. Psychiatr. neur. Wschr. 39. 1937. — *Lamprecht*, Psychosen bei idiophatischem Myxödem. Allg. Zt. Psychiatrie 105, 1937. — *Langelüddecke*, Allg. Z. Psychiatrie 105, 1937. — *Läufer*, Med. Klinik, 1932. — *Marcus*, Neur. Zbl. 22, 1903. — *Ossenkopp*, Dtsch. Z. Nervenhk. 117—119, 1931. — *Pfeifer*, J. nerv. Dis. 42, 75, Ref. Zbl. Neur. 11, 473, 1915. — *Romano and Evans*, Arch. of Neur. 39, Ref. Zbl. Neur. 91, 1939. — *Scheid*, Nervenarzt. 11, 1938. — *Schneider*, Nervenarzt 2, 1929. — *Schou*, Zbl. Neur. 71, 1934. — *Schröder*, Allg. Z. Psychiatr. 66, 1909. — *Schulten*, M. Med. Wschr. 76, 1929. — *Siemerling*, Arch. Psychiatr. 45, 1909. — *Stejfa*, Zbl. Neur. 11, 1915. — *Strümpel*, Lehrbuch der spez. Pathologie u. Therapie inn. Krank. 1918, Bd. 11. — *Urechia, Bumbacescu, Retezeanu*, Ref. Zbl. Neur. 71, 1934. — *Vieten*, Psychiatr. Neur. Wschr. Bd. 32, 1930. — *Weimann*, Z. Neur. 92, 1924. — *Wohlwill*, Z. Neur. 8, 1911. — *Ders.*, Dtsch. Z. Nervenhk. 117 bis 119, 1931.

Nach Abschluß der Arbeit erschien: *Langelüddeke*, Psychosen bei Blutkrankheiten, Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete, XIII. Jahrg. Mai 1941, Heft 5.

Über die Methodik der Elektroschocktherapie

Von

Wolfgang Holzer

(Aus der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik der Universität Wien.
Vorstand: Prof. Dr. *O. Pötzl*)

(Mit 10 Textabbildungen)

(Eingegangen am 19. März 1941)

Seit *Cerletti* (1) die Elektroschock-Behandlung in die Therapie der Geisteskrankheiten eingeführt hat, wurde der methodischen Entwicklung des Verfahrens durch zahlreiche Untersuchungen und Entwicklungsarbeiten grundlegend gedient. Vor allem hat *Bini* (2), der Mitarbeiter *Cerlettis*, durch die Entwicklung des ersten Elektroschockapparates überhaupt der Entwicklung grundlegend den Weg gebahnt. In der Folge haben verschiedene Autoren ähnliche Geräte entwickelt; es seien lediglich die Arbeiten von *Sogliani* (3), *Fleming*, *Golla* und *Walter* (4), *Shepley* und *Mc Gregor* (5), *Yasukoti* und *Musaka* (6) sowie von *Bingel* und *Meggendorfer* (7) hervorgehoben. Alle diese Entwicklungsarbeiten sind teils unmittelbar von der Entwicklungsarbeit *Schilfs* (8) abhängig, teils entsprechen sie mehr oder minder, aus Gründen der Eigengesetzlichkeit technischer Lösungen, den von *Schilf* erstmalig angegebenen Richtlinien. Eine methodische Neuerung, das Verfahren der Konstantstromschaltung, verdanken wir *Pätzold* (9), eine Lösung, welche ihrerseits wieder auf bekannten elektrotechnischen Grundtatsachen beruht, welche im Rahme der Elektrophysiologie seit langem zum täglichen Rüstzeug der elektrophysiologischen Schaltungslehre gehören.

Dem Auftrage von Prof. Dr. *O. Pötzl* folgend, entstanden die im weiteren beschriebenen methodischen Entwicklungen, deren Beschreibung zum Anlaß genommen sei, einen Auszug der physiologischen und physikalischen Grundlagen der Elektroschocktherapie in methodischer Hinsicht zusammenfassend darzustellen. Ziel der Untersuchung ist somit, in manchen Punkten von bisherigen Bearbeitungen abweichend, nicht einen einzigen, erstmals gewählten

Entwicklungsweg zu beschreiben und zu verteidigen, sondern nach Herausarbeitung der den Verfahren zu Grunde liegenden Hauptzüge in möglichst gleichmäßig abgewogener Beurteilung alle bekannten, sowie neuentwickelten Möglichkeiten einer kritischen Durchsicht zu unterziehen.

Die Bedingungen, welche an ein Elektroschockgerät gestellt werden, sind einerseits durch die Objekteigenschaften, vornehmlich durch das Widerstandsverhalten des Kopfes, andererseits durch die äußeren therapeutischen Erfordernisse hinsichtlich der Dosierung vorgeschrieben. Dementsprechend mußten vorerst die durchschnittlich vorliegenden Widerstandsbedingungen ermittelt werden

Mißt man den Widerstand des Kopfes mit Gleichstrom niederer Spannung (von etwa 2 Volt) mittels der Elektroden nach Abb. 8, so stellt man, wie die Tabelle 1 in Kolonne 2 zeigt, hohe Widerstände der Größenordnung von 1200—2500 Ohm fest. Die Widerstände schwanken untereinander von Patient zu Patient

Tabelle 1.
Kopfwiderstände, gemessen mit Strömen verschiedener Art und Frequenz; Elektroden: Elektroschockanordnung nach Abb. 8. Widerstände Ohm, Spannungen Volt, Ströme Milliampère.

1	2	3	4	5	6	7	8
Versuchsnumme	Gleichstromwiderstand bei 2 V	Wechselstromwiderstand bei 1 V, 50 Htz	Wechselstromwiderstand bei 2 V, ca. 1000 Htz	Wechselstromwiderstand während des Elektroschocks	Verhältnis des Widerstandes bei 1000 Htz zu dem Widerstand während des Schocks (Kolonne 5)	Spannng während des Schocks, Volt (zu Kolonne 6)	Srom während des Schocks mA (zu Kolonne 6
1	2510	2200	510	350	1,45	101	290
2	1240	1100	325	220	1,48	91	415
3	1400	1230	340	230	1,48	3	405
4	1280	1050	305	220	1,38	91	415
5	2420	2010	450	320	1,40	98	305
6	2530	2120	430	320	1,34	97	405
7	1640	1270	370	240	1,54	94	390
8	2040	980	340	240	1,41	94	390
9	2040	1810	400	280	1,43	97	350
10	1370	1050	320	230	1,39	94	410

und von Versuchstag zu Versuchstag, sowie je nach der Hautanfeuchtung, erheblich. Diese Beobachtungen gehen auf bekannte Tatsachen (10) der Elektrophysiologie zurück. Die polarisatorischen

Eigenschaften der Haut bestimmen in erster Linie das komplexe Verhalten des Gleichstromwiderstandes. Vor allem ist für unsere Betrachtungen der Umstand von Bedeutung, daß der Gleichstromwiderstand in hohem Maße von der Höhe der angelegten Meßspannung abhängig ist. Sobald die Spannung Werte von 45—50 Volt übersteigt, sinkt der Widerstand plötzlich steil ab, um bei 500 V nur mehr Prozente bis Promille des Widerstandes gemessen bei 2 V zu betragen. Es würde eine müßige Wiederholung bekannter Tatbestände bedeuten, hier im einzelnen alle Ursachen dieses Widerstandsverhaltens aufzuzählen. Praktisch ist für die hier zur Diskussion stehenden Fragen über die Gleichstromwiderstandsmessung aus der in Tabelle 1, Kolonne 2 niedergelegten Befunden zu schließen, daß die Angabe des Gleichstromwiderstandes weder für die Entwicklung des Verfahrens noch für die laufende Dosierung irgendeinen Dienst leistet. Bemühungen, in dieser Richtung (11) ein Elektroschockgerät auszubauen, haben auch anderorts nach damit in Zusammenhang stehenden Mitteilungen (12) zur Einsicht geführt, „daß der mit Gleichstrom gemessene Widerstand bei verschiedenen Patienten sehr stark schwanke und im allgemeinen keinen Schluß auf die zu erwartende Stromstärke beim Einschalten des Therapiestromes zulasse“. Eine Weiterverfolgung dieser Art der Widerstandsmessung ist demnach im Widerspruch zu den Erfahrungen (siehe auch *Pätzold* [9]).

Mißt man den Kopfwiderstand mit Wechselstrom von 50 Htz und 1 V Spannung, so ergeben sich, wie Tabelle 1, Kolonne 3, zeigt, kleinere Widerstände als die Gleichstromwiderstände (Kolonne 2). Die Unterschiede zwischen den Einzelmessungen sind nun geringer geworden, jedoch noch immer hoch genug, um daraus allgemeine Schlüsse ziehen zu können. Aus den Untersuchungen von *Freiberger* (13) wissen wir, daß auch für den Wechselstromwiderstand des Körpers, bei niederen Frequenzen und niederer Spannung gleiche oder ähnliche Gesetzmäßigkeiten bestehen, wie für Gleichspannung. Der Wechselspannungswiderstand ist ebenfalls in hohem Maße von der Höhe der Spannung abhängig und zwar in dem Sinne, daß niederen Meßspannungen hohe Widerstände und hohen Meßspannungen niedere Widerstände entsprechen. Eine ähnliche Abhängigkeit des Wechselstromwiderstandes von der Höhe der verwendeten Meßspannung hat wohl als einer der ersten *Rasehorn* (14) beobachtet. Die Ursachen dieses Verhaltens sind praktisch identisch mit den früher genannten, so daß auch für die Widerstandsmessung mit Wechselstrom von 50 Htz und niederen Spannungen, trotz der vielfachen Verwendung dieser Art der

Messung, der Schluß zu ziehen ist, daß auf diesem Wege dem angestrebten Ziel nicht wesentlich näher gekommen wird.

Eine Erhöhung der Meßspannung bei 50 Htz über 1—2 Volt hinaus ist aus Gründen der Stromempfindlichkeit nicht möglich. Die Tabelle 2 zeigt, daß bereits bei einer Meßspannung von 1 Volt

Tabelle 2.
Übersicht der Empfindungen bei Wechselstromdurchströmung (50 Htz) des Kopfes mit Hilfe der Elektroschock-Elektroden-Anordnung nach Abb. 8.

Spannung Volt eff	Angabe der Versuchsperson (Mittelwerte aus 16 Versuchen an vier gesunden Versuchspersonen).
0,2—0,4	Leichtes Kribbeln, Andeutung von Stichen.
0,4—0,6	Verstärktes Stechen, Beginn leichten Augenflimmerns.
0,6—0,8	Stärkeres Augenflimmern, Beginn von stechenden Schmerzen.
0,8—1,4	Stechende Schmerzen unter den Elektroden, stärkeres Augenflimmern.
1,4—2,5	Grenze der „erträglichen“ Schmerzempfindung.

ziemlich unangenehme Empfindungen unter den Elektroden auftreten. Im Selbstversuch konnte die Spannung nur bis höchstens 6 Volt getrieben werden; dabei traten bereits derartig starke Schmerzempfindungen auf, daß es „unmöglich“ war, die Spannung weiter zu steigern. Abgesehen von diesen und den genannten theoretischen Gründen führte unter anderem folgendes Ereignis zur Aufgabe der Widerstandsmessung mit 1 V Wechselspannung von 50 Htz.: Ein Katatoniker, welcher aus seiner negativistischen Einstellung heraus jeder therapeutischen Maßnahme, somit auch den Vorbereitungen zum Elektroschock widerstrebte, war derart stromempfindlich, daß er beim Einschalten der niederen Eichspannung von 1 V einen typischen pseudo-epileptischen Anfall ausführte. Den einzigmöglichen Ausweg bot die Verwendung einer höheren, somit nicht empfindbaren Meßfrequenz.

Aus diesen Gründen ging ich zur Widerstandsmessung mit einer Frequenz von etwa 1000 Htz über. Zu diesem Zwecke wurde nach Abb. 1 ein Tongenerator gebaut. Die beiden Röhren V_1 und V_2 arbeiten in Gegentaktschaltung und erzeugen an der Sekundärwicklung des Transformators Tr_1 eine Wechselspannung von wenigen Volt der gewünschten Frequenz. Um das Gerät von Belastungseinflüssen durch das Meßobjekt unabhängig zu machen,

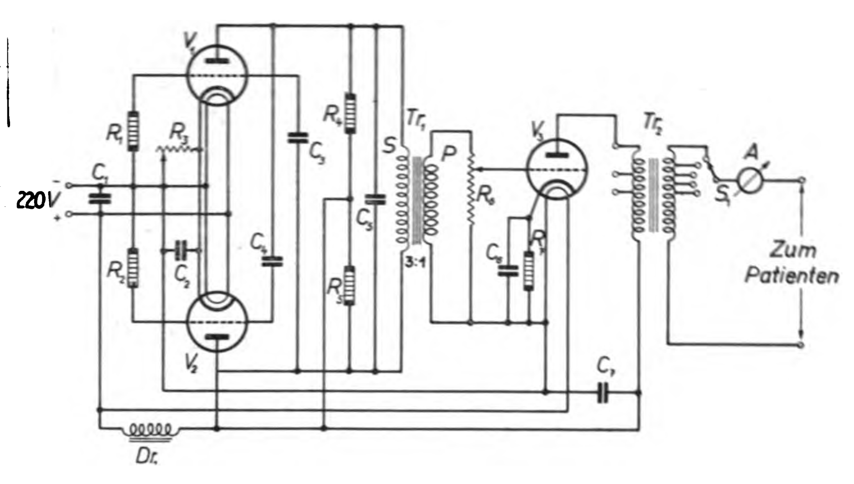


Abb. 1: Schaltung des Tongenerators zur Erzeugung einer sinusförmigen Spannung von 1000 Htz. R_1 und R_2 0,05 M Ohm; R_3 5 k Ohm; R_4 100 k Ohm; R_5 100 k Ohm; R_6 200 k Ohm; R_7 500 Ohm; C_1 4 µF; C_2 2 µF; C_3 und C_4 1000 cm; C_5 10000 cm; C_6 und C_7 4 µF; V_1 und V_2 U 920; V_3 *K* 3560; Tr_1 *NF* 3/1; Tr_2 angepaßt an V_3 und nach dem Ausgang zu an 300 Ohm. S_1 Stufenschalter; *A* Milliamperemeter (Gleichrichtertype, Normameter).

wird diese Spannung in einer Kraftverstärkerröhre V_3 nachverstärkt und gelangt an dem Transformator Tr_2 über den Stufenschalter S_1 und das Strominstrument *A* an die Elektroden am Kopf des Patienten. Die Einzelheiten der Schaltung sind in der Legende zu Abb. 1 vermerkt. Neben dieser einfachsten Meßeinrichtung wurde der Tongenerator nach Abb. 1 zur Speisung der kleinen Philips-Meßbrücke verwendet. Beide Meßeinrichtungen haben sich gut bewährt und ergaben die in Tabelle 1, in der Kolonne 4 angegebenen Widerstandswerte. Da bei Verwendung dieser Meßfrequenz der biologische Kondensator der Polarisations-Kapazität der Haut bereits praktisch völlig überbrückt ist, sind die gemessenen Widerstände, Tabelle 1, Kolonne 4, kleiner als die bisher ermittelten. Zum Vergleich mögen die in Tabelle 1 in der Kolonne 5 angegebenen, unter den Elektroschockbedingungen tatsächlich zur Auswirkung kommenden Widerstände herangezogen werden. Bildet man das Verhältnis des Widerstandes bei 1000 Htz zu dem Widerstand unter Elektroschockbedingungen, so sieht man, wie aus der Kolonne 6 der Tabelle 1 hervorgeht, daß dieses Widerstandsverhältnis unter den gewählten Meßbedingungen annähernd konstant

ist. Man mißt somit unter Verwendung der Meßfrequenz von 1000 und mehr Htz tatsächlich einen Widerstandswert, welcher in einer ziemlich eindeutigen Weise mit dem tatsächlich wirksamen Widerstand unter Elektroschockbedingungen zusammenhängt. Es ist hier nicht das Ziel der Untersuchungen gewesen, absolut vergleichbare Widerstandswerte festzustellen. Dazu sind vor allem die Elektrodenbedingungen weitaus nicht konstant genug. Mit diesen Einschränkungen ist auch die Verhältniszahl der Tabelle 1, Kolonne 6 zu bewerten. Der Tonfrequenzwiderstand entspricht eben annähernd dem Innenwiderstand des Kopfes ohne Haut. Daß dieser Widerstand noch höher ist als der unter den Elektroschockbedingungen wirkende, hängt wohl mit der dabei wirkenden hohen Spannung zusammen. Da es unmöglich ist, mit so hohen Spannungen am lebenden Menschen wesentlich länger als etwa 1 Sekunde zu messen, kann diese Fragengruppe vorläufig nicht weiter aufgeklärt werden; Versuche an Leichen geben hinsichtlich des Hautwiderstandes noch unsichere Werte.

Nachdem alle diese Untersuchungen die ersten orientierenden Unterlagen für die weitere Entwicklung von Schockgeräten begründet hatten, wurden mit einem behelfsmäßigen Gerät zahlreiche therapeutische Elektroschocks durchgeführt. In den Stromkreis der Elektroden wurde ein sich rasch auf seinen Endwert einstellendes Gleichrichter-Strommeßgerät eingeschaltet und der Strom während des Elektroschocks direkt gemessen. Um durch das unvermeidliche Einspielen des Zeigers nicht Ungenauigkeiten zu erhalten, wurde in zahlreichen therapeutischen Elektroschocks die Stromwirkungsdauer aus diesem und nur aus diesem Grunde (!) vorsichtig von Schock zu Schock in Stufen von 0,1 Sek. je Elektroschock gesteigert, bis schließlich eine Stromflußzeit von 1,6 Sek. erreicht war. Mit dieser Stromflußzeit wurden die in Tabelle 1, Kolonne 8 gemessenen Ströme unmittelbar bestimmt. Es fließen bei Spannungen von 91 bis 101 Volt $_{eff}$ Ströme von 415—290 mA. Aus diesen Strömen wurde der wirksame Wechselstromwiderstand der Kolonne 5 der Tabelle 1 bestimmt.

Wie diese Kopfwiderstände im einzelnen beim transversalen Strompfad des Elektroschocks zustande kommen, darüber gibt die Tabelle 3 einen orientierenden Einblick. Über die Stromausbreitung im Kopf lassen sich derzeitig nur Vermutungen anstellen. Die Abschätzung des wirksamen Widerstandes kann deshalb nur ganz überschlägig erfolgen. Nach den Angaben zahlreicher Autoren (15) sowie nach eigenen Messungen (16) stellt wohl das knöcherne Skelett den Hauptwiderstand dar. Der hohe Hautwiderstand dürfte

Tabelle 3.

Spezifische Widerstände der wichtigsten biologischen Substanzen, welche im Strompfad beim Elektroschock liegen. Widerstände in Ohm cm, gemessen mit Frequenzen von 1000—5000 Htz (abgerundete Werte).

Objekt	Spezifischer Widerstand
Haut	ca. 10000
Knochen	2000
Großhirn.	630
Blut.	135
Liquor.	55

einerseits aus Gründen der Überbrückung durch die Frequenz von 50 Hertz, anderseits teilweise infolge der starken Durchtränkung der Haut von außen mit physiologischer Kochsalzlösung und infolge der hohen Schockspannung nur in geringem Maße zum wirksamen Kopfwiderstand beitragen. Wahrscheinlich ist es somit, daß hauptsächlich die beiden durchströmten Knochenwände einen erheblichen Widerstand darstellen, soferne, was nicht ganz ausgeschlossen ist, nicht Gefäße mit ihrer hohen Leitfähigkeit auch den Knochenweg erheblich entlasten. Es fällt nach der Tabelle 3 auf, daß die Gefäße und die Liquorräume gute Leiter im Vergleich zur Haupthirnmasse darstellen. Damit aber ist es wahrscheinlich, daß sowohl die Gefäß-, wie auch die Ventrikelleitung ganz bestimmend sowohl im Schädelinnern, als auch beim Durchtritt durch die knöchernen Wände, auf Stromverteilung und Gesamtwiderstand einwirken. Möglicherweise ergibt dieser Schluß eine Möglichkeit, sich den teilweise subkortikalem Angriff des Elektroschocks in seinem erheblichen Anteil am Mechanismus verständlich zu machen und zwar in einem rein physikalischen Sinn der Stromausbreitung, wobei aber die Beteiligung von anderen Mechanismen, zum Beispiel Bahnungsvorgängen, hier nicht weiter diskutiert sei.

Nachdem durch die Messungen nach Tabelle 1 der Höchstwert des Stromes bekannt war, wurde dem zeitlichen Verlauf desselben die Aufmerksamkeit zugewendet. Nach den Untersuchungen von *Freiberger* (13) an Leichen setzt die Hornschicht der Epidermis sowohl Gleich- wie auch niederfrequenten Wechselströmen einen derart großen Widerstand entgegen, daß derselbe bei Anlegen einer genügend hohen Spannung von etwa 50 V durchbrochen werden kann, wie beim Durchbruch eines Isolators. Allerdings hat *Freiberger* seine Untersuchungen an Leichen ausgeführt; eine Nachprüfung am Menschen stand seit langem noch aus. Die Vornahme

therapeutischer Elektroschocks gab die willkommene Gelegenheit, diese Frage mit zu bearbeiten. Zu diesem Zwecke wurde in eine der Zuleitungen zu den Elektroschockelektroden ein induktionsfreier Widerstand von 0,1 Ohm gelegt. Durch den Elektroschockstrom entstand an diesem Widerstand ein Spannungsabfall der Größenordnung 0,1 . 0,3 = 0,03 V = 30 Millivolt. Diese kleine Wechsel-

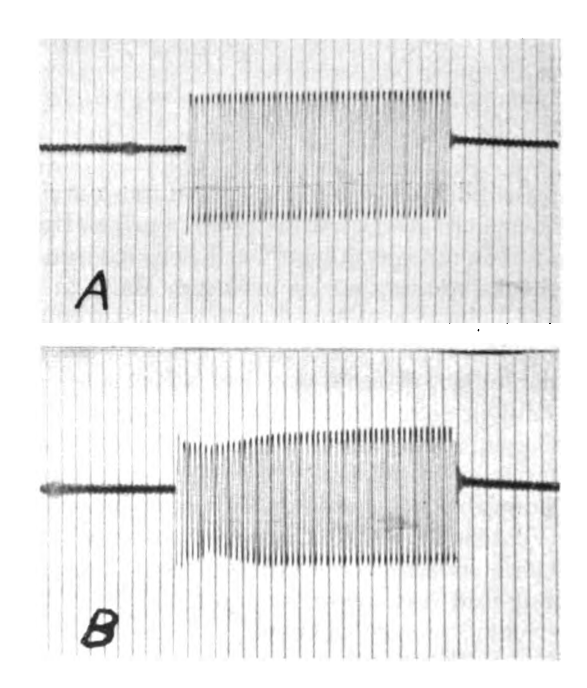


Abb. 2: Oszillogramme des Stromes über den Kopf des Patienten während des Elektroschocks. *A:* Stromverlauf bei Einschaltung eines rein ohmschen Widerstandes von 250 Ohm, Spannung 100 V. *B:* Durch Einhaltung einer konstanten Spannung kommen die eigentlichen zeitlichen Änderungen des Stromes beim Elektroschock zum Ausdruck (*Konstantspannungsschaltung*). Die senkrechten Zeiteichungsstriche haben einen Abstand von $^1/_{20}$ Sek.

spannung wurde den Elektrodenklemmen eines tragbaren Elektrokardiographen zugeführt, dessen Empfindlichkeit mittels des entsprechenden Reglers so herabgesetzt worden war, daß die genannte Spannung und damit der genannte Strom eben zum Vollausschlag des Oszillographen führte. Die Eichung erfolgte mit Rücksicht auf die Schwierigkeit der genauen Messung kleiner Widerstände empirisch, indem an Stelle des Patienten zwischen die Elektroschockelektroden Widerstände verschiedener Größe gelegt wurden. Für

jede Widerstandsgröße wurde ein Oszillogramm geschrieben und auf diese Weise eine Eichkurve ermittelt, welche den Zusammenhang zwischen Ausschlag auf dem Oszillogramm und dem Widerstand des Patienten festlegte. Auf diese Weise konnte auch der Strom beziehungsweise die Spannung registriert werden.

Die Abb. 2 A zeigt den registrierten Stromverlauf über einen rein ohmschen Widerstand von 250 Ohm bei einer Spannung von 100 Volt. Der Stromverlauf ist während der ganzen Flußzeit konstant; das Oszillogramm beweist demnach, daß die Anordnung trotz der Spannungsverstärkung einwandfrei arbeitet. Genau die gleichen Oszillogramme erhielten wir auch bei Registrierung des Stromes bei Verwendung der Konstantstromschaltung nach Abb. 5. Da die Verhältnisse hinsichtlich des Stromverlaufes dabei nicht wesentlich Neues bieten, wird später darauf nicht mehr eingegangen.

Das Oszillogramm der Abb. 2B zeigt eine Elektroschockstromaufnahme, welche meines Wissens das erste veröffentlichte Bild dieser Art darstellt. Der Strom fällt in den ersten 6 Perioden, demnach in den ersten 6 . 1/50 = 0,12 Sekunden, um 20—30% des Einschaltungswertes ab. Beobachtungen über einen dem Durchbruch ähnlichen Vorgang, wie ihn *Freiberger* (13) an der Leiche beschrieben hat. konnte ich in keinem Falle machen. Der Strom steigt nicht mit der Zeit an, sondern er sinkt sogar! Eine zwingende eindeutige Erklärung dieses Vorganges läßt sich derzeit nicht geben. Die Erklärungsmöglichkeiten sind allzu vieldeutig. Das Widerstands-Zeitverhalten von nassen Elektroden und dem menschlichen Körper ist bei den hier verwendeten hohen Spannungen meines Wissens noch niemals untersucht worden. Ich muß mich deshalb mit der Beschreibung der Beobachtung begnügen und füge lediglich anhangweise eine der möglichen Deutungen bei, welche meines Wissens noch nicht in Betracht gezogen wurde. Möglicherweise ist die initiale Widerstandszunahme der Ausdruck des Gefäßkrampfes in unmittelbarem Sinne. Früher wurde ja darauf hingewiesen, daß vielleicht die Blutgefäße mit ihrer guten Leitfähigkeit nach Tabelle 3 einen bestimmten Einfluß auf den Gesamtwiderstand nehmen. Wenn sich nun die Gefäße durch einen Gefäßkrampf verengen, wofür nach den Untersuchungen von *Rein* (17) Anhaltspunkte vorliegen, so ist es wahrscheinlich, daß dieser initiale Kreislaufprozeß sich im Sinne einer Widerstandszunahme äußert. Nach dem Absinken des Stromes in der Initialphase setzt etwa 0,1—0,15 Sekunden nach dem Stromschluß wieder ein stetiges Ansteigen des Stromes ein (siehe Abb. 2 B). Nun dürfte es sich tatsächlich um den allerersten Beginn des „elektrischen

Durchschlages" des Hautisolators handeln. Neben diesem Mechanismus sind jedoch auch sicher Elektrodeneffekte maßgeblich an dem Vorgang beteiligt. Zur Erklärung meiner Zurückhaltung, die hier vorliegenden Erscheinungen durch die bekannten Erfahrungen schlüssig zu deuten, möchte ich nachdrücklichst auf den Umstand hinweisen, daß über das physiologische Verhalten der Stirnhaut sowie der anschließenden Schläfenregion nur soviel bekannt ist, daß diese Hautregion physiologisch ein eigengesetzliches Verhalten (18) aufweist. Die Stirn- und Schläfenhaut hat einen abnorm niederen Gleichstromwiderstand, sie gibt nie einen psychogalvanischen Hautreflex nach *Tarchanoff* und, was vor allem klinisch oft zur Beobachtung kommt, sie besitzt die starrste Regulation der Hauttemperatur. Während die Haut der meisten Körperpartien meist sehr erheblichen Temperaturschwankungen ausgesetzt ist, ist die Stirnhauttemperatur erstaunlich konstant.

Praktisch bedeutet das Ergebnis unserer oszillographischen Untersuchungen, daß wir, abgesehen von den feineren Schwankungen des Widerstandes, welche oben beschrieben wurden, für die Entwicklung der Therapie, insbesondere für die Dosierungsfragen mit ziemlich konstanten Bedingungen rechnen können.

Durch die genannten Untersuchungen sind auch für die weitere Entwicklung der Elektroschockbehandlung die Unterlagen gewonnen worden. Hinsichtlich der zur Auslösung eines vollkommenen Elektroschocks erforderlichen Spannung lagen zahlreiche Vorarbeiten vor, welche den Spannungsbereich von 70—150 Volt umfaßten. Da die Vermeidung jeglicher Aura einen Hauptvorteil des Elektroschockverfahrens darstellt, wurde von Beginn der Untersuchungen die Spannung auf 110 V festgelegt. Abgesehen von ganz wenigen Versagern, welche ihre Ursache ausschließlich in technischen Mängeln hatten, welche im Rahmen einer Entwicklungsarbeit unvermeidlich sind, traten bei dieser Art der Spannungsdosierung überhaupt keinerlei Schockversager mehr auf. Wir haben uns mit dieser Dosierung hinsichtlich der Spannung den Angaben *von Braunmühl* (19) angeschlossen. Damit sind wir auch im Einklange mit den grundlegenden Feststellungen von *Cerletti* (20), welcher auf Grund von Untersuchungen *Binis* eine höhere Spannung minder gefährlich bezeichnet, als eine Verlängerung der Stromflußzeit. In der Tat besteht nach tierexperimentellen Untersuchungen am Kaltblüter (21) eine schematisch orientierende Regel, welche angenähert die Konstanz des Produktes von Spannung und Einwirkungszeit in den hier zur Diskussion stehenden Bereichen festlegt. Im Verlaufe der weiteren laufenden Durchführungen der

Schocktherapie bemühte ich mich, tastend mit der Spannung von Schock zu Schock abwärts schreitend, die Spannungsdosis zu vermindern. Die Erfahrungen haben jedoch gezeigt, daß man dabei bald zu Grenzen gelangt, bei welchen die Schocks nicht mehr kräftig und tief genug sind, als man therapeutisch verlangt. Ich glaube, daß es diesem Dosierungsstandpunkt zu verdanken ist, daß wir auch während der Entwicklung der Geräte nur Versagerziffern unter 1% der Fälle zählen müssen, während für eine gewissermaßen vergleichbare Entwicklungszeit *Meggendorfer* (22) etwa 25% frustrane Anwendungen beschreibt. In Verbindung mit dem weiter unten dargelegten Standpunkt zur Zeitdosierung können wir nach Abschluß unserer Entwicklung die Aussage, „daß auf fast jede Anwendung ein Krampfzustand erfolgt" (*Meggendorfer* [22]), dahingehend verschärfen, daß nach Abschluß der Vorarbeiten bei den von uns entwickelten Geräten auf jede Anwendung mit Sicherheit ein Schock auszulösen war.

Hinsichtlich der gewählten Stromflußzeit haben wir uns vorläufig sowohl auf Grund der Vorarbeiten *Cerlettis* und seiner Mitarbeiter, als auch auf Grund von tierexperimentellen Untersuchungen auf die ziemlich lange Zeit von 1 Sekunde festgelegt. Im allgemeinen wird zwar als erste Dosis eine erheblich kürzere Stromflußzeit angegeben. Stets wird jedoch diese Anweisung mit dem Rat verbunden, die Stromflußzeit dann zu steigern, wenn der erste Anfall nur unvollkommen war oder überhaupt ausblieb. Entgegen dieser Auffassung war es von Anfang an die Zielsetzung von Prof. Dr. *O. Pötzl*, die Dosierung so vorzunehmen, daß jede Aura und Schockversager möglichst weitgehend vermieden sein sollten. Tierversuche haben uns gezeigt, daß die Entwicklung des ersten tetanischen Stadium des Krampfes zur vollen Ausbildung eine längere, von Tier zu Tier verschiedene Ausbildungszeit hat. Auch diese Beobachtung legte uns die Wahl einer längeren Wirkungszeit nahe. Die Wahl der „Normaldosis" von 1 Sekunde hat sich klinisch gut bewährt. Desungeachtet werden wir bemüht sein, im weiteren Verlauf der Entwicklung die Stromflußzeit und die Spannungsdosis nach Möglichkeit zu senken. Da wie betont, derartige Versuche unweigerlich mit einer nicht vorauszusehenden Zahl von Schockversagern verbunden sind, sind wir derzeit, da therapeutische Erfordernisse die Vornahme von Elektroschocks bedingen und die also durchgeführten Schocks nur als Nebenbefund Forschungsmaterial liefern, nicht in der Lage, jetzt schon von unserer im Erfolg sicher bewährten Dosierung im allgemeinen abzuweichen. Die früher genannte orientierende Regel der Konstanz des Pro-

duktes von Spannung und Wirkungszeit konnte bislang am Menschen nicht mit genügender Genauigkeit überprüft werden. Die Bedingung der Vermeidung frustraner und abortiver Schocks verwehrt die Gewinnung größeren Versuchsmaterials in diesem Sinne. Dennoch scheint es, als könnte man eine bedingte Gültigkeit am Menschen auch bereits aus unserem Material „herauslesen". Das von uns verwendete V.t Produkt von 110.1 = 110 stellt sicher eine erhebliche Überdosierung dar. Bei der Bewertung von Angaben von verschiedenen Stellen muß man stets beachten, daß die klinische Beurteilung, was man unter einem kompletten Schock zu verstehen habe, noch uneinheitlich ist. Dadurch erklärt sich auch, daß man bislang zu keinen einheitlichen Vergleichswerten gelangt, wenn man die V.t Produkte verschiedener Autoren auswertet. Sicher ist für mich nur, daß wir mit der genannten Dosierung ausnahmslos Schocks auslösen konnten, welche bislang komplikationslos verliefen.

Hinsichtlich der Art und Größe der Elektroden konnten die bisherigen methodischen Maßnahmen ebenfalls vereinfacht werden. Nach der Angabe italienischer Autoren (siehe loc. cit. 19) sowie nach Angaben von Apparatefirmen (12) soll die ausrasierte Schläfengegend nach Reinigung mit Alkohol mit einer Leitmasse bestrichen werden, welche Kochsalzlösung, Kalium Bitartrat, Bimsstein und Tragantgummi enthält. Unsere Erfahrungen haben uns gelehrt, daß man auf diese Maßnahmen hinsichtlich Leitmasse und Rasieren verzichten kann. Hinsichtlich der Leitmasse haben wir uns auf den Standpunkt gestellt, daß es einerseits aus theoretischen Gründen nicht einzusehen ist, was eine derartige Leitmasse wesentliches für den Stromtransport in der Haut bewirken solle; anderseits wissen wir doch aus der methodischen Entwicklungsgeschichte der Elektrokardiographie, daß immer wieder derartige Leitmassen von Industriefirmen angegeben worden sind, welche sich niemals breiter in die Methodik eingeführt haben. Stets haben wir uns die für alle Entwicklungsarbeiten grundgültige Forderung gestellt, das Verfahren von allem nur irgendwie vermeidbarem Ballast zu entlasten, da es nur auf diese Weise breiter seinen Eingang in die Therapie nehmen kann. In diesem Sinne haben wir folgende Maßnahmen getroffen: Von einem Ausrasieren der Hautpartie wird abgesehen. Eine gründliche, mehrmalige, dem Elektroschock möglichst 5—10 Minuten vorhergehende Durchtränkung der Hautstellen mit physiologischer Kochsalzlösung leitet beste Dienste. Auch hier schien es überflüssig, eine höher konzentrierte Kochsalzlösung, zum Beispiel 5%, wie meist angegeben, zu verwenden. Die

physiologische Kochsalzlösung ist stets zur Hand, ein zwar kleiner, aber bei den vielfachen Erfordernissen der therapeutischen Stationen doch zusätzlicher Vorteil. Als Elektroden wurden vernickelte Metallplatten aus Messingblech von 5 cm Durchmesser gewählt. Diese wurden in fünffacher Schichte mit starkem Frottee-Stoff dicht überzogen. Es entsteht dadurch ein weiches, kantenloses Polster von 78 mm Durchmesser, welches sich nach Durchtränkung mit der genannten Lösung dem Kopf gut anschmiegt. Mit diesen Elektroden, mit deren Hilfe die Messungen nach Tabelle 1 und 2 durchgeführt wurden, treten bei der wirksamen Fläche von 48 cm^2 Stromdichten von 6,2 bis 8,3 mA/cm^2 auf. Trotz dieser hohen Stromdichte kommt es, wohl infolge der kurzen Stromwirkungszeit und der guten Anfeuchtung mit physiologischer Kochsalzlösung zu keinerlei vitalen Reaktionen der den Elektroden anliegenden Hautpartie. Diese ist in ihrer Farbe praktisch unverändert. Wesentliche Unterschiede zwischen der Verwendung kleinerer und größerer Elektroden in therapeutischer oder den Schockablauf betreffender Hinsicht konnten bis jetzt nicht beobachtet werden. Auf die mechanische Durchbildung der Elektroden und deren Anlegung wird später eingegangen werden.

Hinsichtlich der Wahl der Schaltung des Elektroschockgerätes ließen sich von vornherein bei der Planung drei prinzipiell verschiedene Wege beschreiten. Da diese ursächlich mit dem Dosierungsproblem zusammenhängen, seien diese Wege, welche gleichzeitig beschritten und erprobt wurden, in ihren unterschiedlichen Eigenschaften erläutert.

Die Abb. 3 zeigt den ersten Weg: Die von dem Transformator T erzeugte Spannung wird mittels der Widerstände R_1 und R_2 geteilt. Wenn R_2 klein gegen R_1 gewählt wird, kann von R_2 eine kleine Wechselspannung 1—1,5 V zu Widerstandsmeßzwecken bei der Stellung Eichung „*ei*“ des Wahlschalters S_2 über das Strommeßgerät A_1 und den Kopf des Patienten geschickt werden. Die Darstellung der Möglichkeit der Widerstandsmessung mit 50 Htz ist jedoch hier nur aus Gründen der Einfachheit gebracht und gehört nicht ursächlich zum Inhalt der Abb. 3. Diese stellt vielmehr die Schaltungsart nach dem Prinzip der k o n s t a n t e n S p a n n u n g dar. Der Abgriff an dem Widerstand R_1 ermöglicht bei Stellung des Wahlschalters S_2 auf Schock „*sh*“ die Einstellung einer bestimmten Spannung an dem Voltmeter V. Diese Spannung wird nun über das den Schockstrom messende Meßinstrument A_2 und über die durch das Segment *Se* kurzgeschlossenen Bürsten B_1 und B_2 des Zeitschaltwerkes an die Elektroden gelegt. Der Strom ist nun, soferne

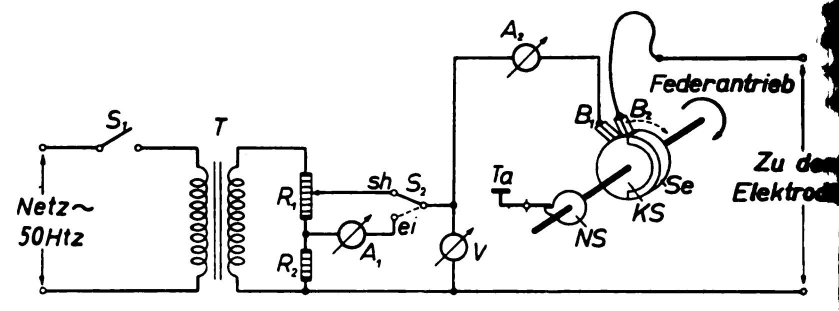


Abb. 3: Schaltung eines Elektroschockgerätes nach dem Prinzip der *konstanten Spannung*. S_1 Netzschalter, T Isoliertransformator, R_1 Hauptwiderstand, R_2 Teilwiderstand, S_2 Schalter mit den Stellungen *sh* = Schock, *ei* = Eichung; A_1 Widerstandseichmeßgerät; V Voltmeter, A_2 Strommesser für Schockstrom; B_1 und B_2 Bürsten für die Zeitschaltung, *Se* leitendes Segment, *KS* Kontaktscheibe, *NS* Nockenscheibe, *Ta* Auslösetaste.

wir von der sekundären Rückwirkung des Patientenwiderstandes auf die Spannungsteilung absehen, ausschließlich von der Spannung am Voltmeter V und dem Patientenwiderstand abhängig.

Die Kurve I der Abb. 4 zeigt die entsprechenden Verhältnisse. Bei einem Widerstand des Patienten von 300 Ohm (A) ergibt sich

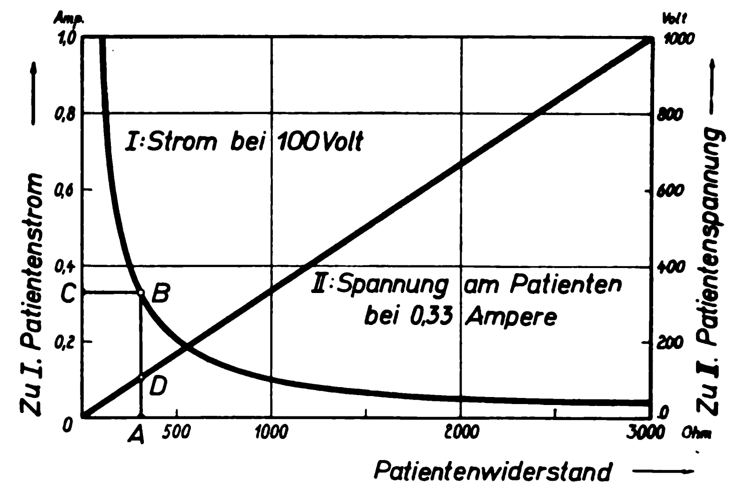


Abb. 4: Das Stromspannungsverhalten bei Schaltungen nach dem Prinzip der *konstanten Spannung* (I) und bei dem Prinzip des *konstanten Stromes* (II).

bei 100 V über die Punkte B und C ein Schockstrom von 330 mAmp. Der Strom ist stets der Quotient aus der konstanten Spannung und dem Patientenwiderstand. Legt man, wie wir das therapeutisch

gemacht haben, eine einzige obere Spannung ein für allemal als Schockspannung fest (110 V), so werden die Patienten bei verschiedenem Widerstand mit verschiedenen Strömen geschockt, welche sich aus der Spannung und dem jeweiligen Widerstand ergeben.

Der zweite von uns beschrittene, zuerst von *Pätzold* (9) angegebene und systematisch untersuchte Weg ist in der von uns beschrittenen Weise in Abb. 5 dargestellt. Er läßt sich als die Schaltung nach

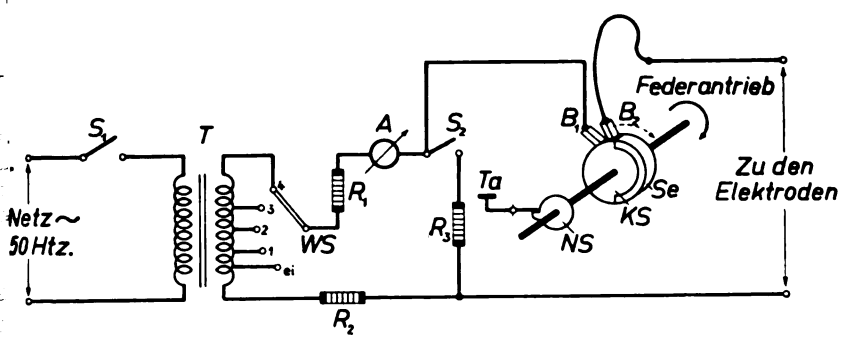


Abb. 5: Schaltung eines Elektroschockgerätes nach dem Prinzip des *konstanten Stromes*. S_1 Hauptschalter; T Isoliertransformator; WS Wahlschalter zur Dosierung; R_1 und R_2 Vorwiderstände zur Stromkonstanthaltung; A Prüf- und Schockstrommeßgerät; S_2 Prüfschalter; R_3 Prüfwiderstand; weitere Bezeichnungen wie bei Abb. 3.

dem Prinzip der Stromkonstanz bezeichnen. Wenn die beiden Vorschaltwiderstände R_1 und R_2 in ihrer Summe erheblich größer als der höhste Patientenwiderstand bemessen werden, so bestimmen diese Widerstände praktisch allein den Strom durch den Patienten. Wir haben die Summe von R_1 und R_2 mit 4000 Ohm bemessen. Schwankt nun der Patientenwiderstand von 200—500 Ohm, so schwankt bei einer festen Transformatorspannung der Patientenstrom nur um 7%. Er ist somit praktisch unabhängig vom Patientenwiderstand. Methodisch hat das Verfahren vor allem den Nachteil, daß man Transformatoren der Sekundärspannung von 1500 Volt verwenden muß, da ja nur ein Bruchteil der Spannung am Patienten zur Auswirkung kommt. Das Verhalten der Schaltung mit Stromkonstanz zeigt die Kurve II in Abb. 4. Der Strom ist konstant, jedoch die Spannung am Patienten steigt linear mit dem Patientenwiderstand. Stellt man zum Beispiel einen Schockstrom von 0,33 Ampère ein, so wird sich an einem Patienten mit dem Widerstand von 200 Ohm eine Spannung von nur 66 Volt, an einem Patienten mit dem Widerstand von 500 Ohm aber eine Spannung von 165 Volt einstellen.

Die Frage, ob zur Erzielung eines bestimmten Reizeffektes die Spannung oder die Stromstärke allein maßgeblich sei, ist nach dem heutigen Stand der Elektrophysiologie nicht eindeutig zu beantworten. In vollem Bewußtsein, daß eine Übertragung des Ergebnisses früherer Untersuchungen (23) nur bedingt möglich ist, schließe ich jedoch in diesem Falle, daß es primär doch die wirksamen Spannungen sind, welche an den erregungsfähigen Strukturen auftreten müssen, um zu einem Reizeffekt zu führen. Ich sehe deshalb, zumindest in praktischer Hinsicht, eine gewisse Gefahr, wenn man das Prinzip des konstanten Stromes im be-

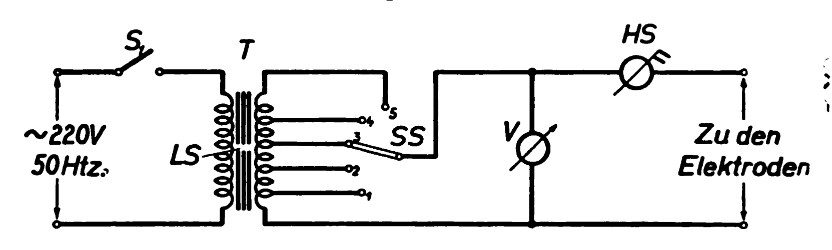


Abb. 6: Schaltung eines Elektroschockgerätes nach dem Prinzip der *selbsttätigen Anpassung*". S_1 Hauptschalter; T Transformator; LS Luftspalt zur Streuungsregelung; SS Stufenschalter, V Voltmeter; HS Handzeitschalter.

schriebenen Sinne hier anwendet. Dieses Prinzip führt, wenn man es konsequent anwendet, bei hohen Patientenwiderständen zu lebensbedrohlichen Spannungen, welche am Kopf und damit an den erregungsfähigen Strukturen auftreten können. Wenn auch, wie die Tabelle 1 zeigte, glücklicherweise die Patientenwiderstände nicht in hohem Maße schwanken, so bleibt doch das theoretische Bedenken bestehen, daß bei hohen Widerständen hohe Spannungen auftreten können und müssen. Ähnliche Lösungen haben wir auf dem Wege von *Boucherot*-Schaltungen (24) versucht, sind jedoch auch von diesen Wegen auf die weiter unten beschriebenen Lösungen gekommen.

Die Abb. 6 zeigt das Prinzip des dritten Weges, welchen ich die Schaltung der s e l b s t t ä t i g e n A n p a s s u n g",, bezeichne. Nimmt man einen hochbelasteten Transformator T, mit großer Streuung (Luftspalt LS), so läßt sich bei g e e i g n e t e r D i m e n s i o n i e r u n g erreichen, daß die Spannung in Abhängigkeit von der Belastung in gewünschtem Sinne absinkt. Das bedeutet aber, daß niedere Kopfwiderstände nicht wie bei der Schaltung der konstanten Spannung einen erheblich größeren Strom bedingen, sondern daß den niederen Kopfwiderständen infolge der Rückwirkung des Patientenwider-

standes auf die Sekundärspannung auch ein relativ niederer Strom entspricht. Es wird somit ein Mittelweg zwischen den vorgenannten Schaltungen beschritten. Die erfahrungsgemäß sichergestellte Breite der zulässigen Dosierung ermöglicht auf diesem Wege zu einer einfachen handlichen und theoretisch unbedenklichen Lösung zu gelangen. Die Abb. 7 zeigt als ein Beispiel das Spannungsverhalten eines derartigen Versuchsgerätes. Die Abszissen entsprechen den Stellungen des Stufenschalters *SS* in Abb. 6. Beispielsweise

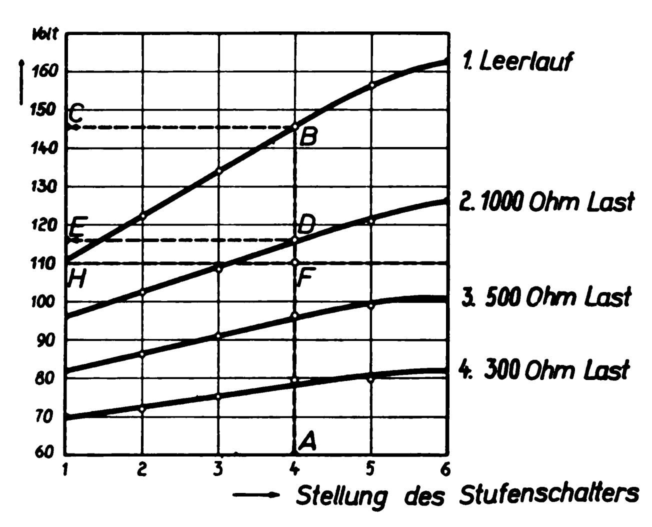


Abb. 7: Das Spannungsverhalten bei einer ausgeführten Schaltung nach dem Prinzip der ,,*selbsttätigen Anpassung*" (Erläuterung im Text).

ergibt sich bei einer bestimmten Stellung *A* auf dem Wege *A*—*B*—*C* eine Leerlaufspannung von 146 Volt. Wird nun die maximal zulässige Spannung mit 110 Volt (*H-F*) begrenzt, so würde sich bei einem Kopfwiderstand von beispielsweise 1000 Ohm eine Spannung von nur 117 Volt (*D-E*) einstellen. Je geringer der Kopfwiderstand, desto größer ist der Spannungsabfall und desto mehr wird die durch den sinkenden Kopfwiderstand bedingte Stromsteigerung in gewissem Maße kompensiert.

Ein im Wesen des Widerstandsverhaltens unter Elektroschockbedingungen des Kopfes liegender Umstand, nämlich die auffällig geringgradige Streuung der Einzelwerte, sowie die breite Toleranzgrenze hinsichtlich der Dosierung macht einen Großteil der hier entwickelten Unterschiede der möglichen Lösungsformen zu Tatbeständen von sekundärer Bedeutung. Mit jedem der beschriebenen

Verfahren lassen sich somit Elektroschocks zweckentsprechend verabreichen. Der Weg der Spannungskonstanz scheint uns hinsichtlich der Gefährdung des Patienten und der Sicherheit der Schockauslösung der sicherste zu sein. Den Weg der Stromkonstanz halten wir im gewissen Sinne für gefährlicher als den erstgenannten, der technische Aufwand ist dabei sicher am allergrößten von allen genannten Möglichkeiten. Der drittgenannte Weg wurde beschritten, weil er einerseits ungefährlich, anderseits aber den geringsten technischen Aufwand erfordert. Die Geräte wurden dadurch erst handlich (siehe die Abb. 10 und deren Beschreibung). Eine Bewertung industrieller Geräte fällt außerhalb des hier beabsichtigsten Rahmens. Wir werden alle drei Wege weiter verfolgen. Wie sich in dieser Entwicklung die Stellungnahme zu einzelnen Verfahren auch möglicherweise verschieben könnte, so bleibt der hier betonte Entwicklungsstandpunkt immer erhalten, daß die den geringsten Aufwand erfordernde Lösung auch die beste ist. Ganz anders können in Zukunft diese Fragen liegen, wenn man an die Errichtung entsprechender Schockstationen mit den dienlichen festverlegten Installationen schreitet.

Zum Abschluß der Beschreibung unserer Entwicklungsarbeit wenden wir uns den Elektrodenfragen zu. Wir verwendeten zuerst Pilzelektroden, welche mit Hilfe von elastischen Gummibinden am Kopf des Patienten befestigt wurden. Mit zunehmender Zahl der auszuführenden Elektroschocks zeigte es sich bald, daß diese Art der Elektrodenzuführung viele Nachteile aufweist. Zur Befestigung der Elektroden muß der Kopf des Patienten gehoben werden, was lästig und zeit- sowie personalbeanspruchend ist. Es dauert vor allem der Vorgang der Anlegung zu lange. Unvermeidlich wird der Patient durch diese Maßnahmen beunruhigt. Man verliert somit auf diese Weise einen der wesentlichen methodischen Vorteile des Elektroschockverfahrens, nämlich die Ahnungslosigkeit des Patienten von allen Maßnahmen zur Vorbereitung der Therapie.

Wir entwickelten aus diesem Grunde Elektrodenzangenmodelle, mit deren Hilfe alle diese Nachteile vermieden werden können. Die Abb. 8 zeigt eine derartige Zange. Einer älteren Geburtszange wurden die Branchen abgeschnitten und durch elastische Stahlbänder verlängert. An diese Bänder wurden kreisförmige Scheiben aus Isolierstoff (Pertinax) befestigt. Diese tragen in einer Zentralbohrung auswechselbare Metallstifte, an welchen die Elektrodenplatten montiert sind. Diese wurden in der beschriebenen Weise fünffach mit Frotteestoff überzogen und mit physiologischer Kochsalzlösung vor jeder Schockserie getränkt. In der Achse der Elek-



Abb. 8: Elektrodenzange mit Zeitschaltwerk zur Verwendung mit einem getrennten Elektroschockgerät.

trodenzange ist, wie die Abb. 8 zeigt, senkrecht nach oben eine Zeitschaltuhr befestigt, wie dieselbe bei Röntgenanlagen Verwendung findet. An dieser Schaltuhr kann eine Schaltzeit von 0,1 bis 5 Sekunden in feinen Stufen eingestellt werden. Bei Betätigung eines seitlichen Druckknopfes beginnt die Uhr zu laufen und der Stromkreis ist geschlossen. Alle Leitungen sind gut isoliert in Gummischläuchen verlegt. Die Elektrodenzange kann an ein be-

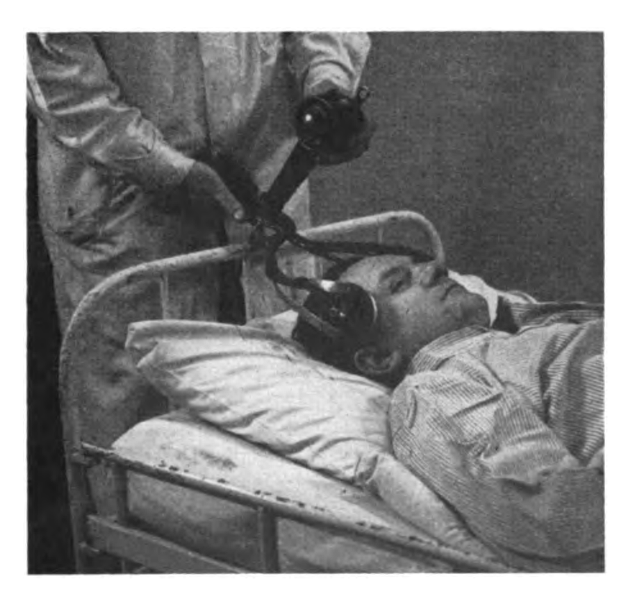


Abb. 9: Anlegen der Elektrodenzange nach Abb. 8 zur Durchführung eines Elektroschocks.

liebiges der beschriebenen Geräte (Abb. 3, 5 und 6) angeschlossen werden.

Die Anlegung und damit die der Konstruktion zu Grunde liegenden Gesichtspunkte erläutert die Abb. 9. Die Zange wird erst maximal geöffnet und über den Kopf des Patienten geschoben. Nun werden die Handgriffe geschlossen, eine selbsttätige Sperre sorgt für elastisches Anliegen der beiden Elektrodenpolster. Da die Neigung der temporo-parietalen Region keilförmig nach ventral zu gerichtet ist, haben die Elektroden eine leichte Neigung, dorthin abzugleiten. Zum mindesten wird die Schläfenhaut durch den nach ventral ziehenden Gleitzug gefaltet, was wegen der dadurch bedingten ungünstigen Kontaktgebung unerwünscht ist. Diesem Umstand arbeitet ein Drehmoment entgegen, welches von der linken Hand über die senkrecht stehende Schaltuhr auf die Zange ausgeübt wird. Diese zweihändige Haltung der Zange sichert ein glattes Anliegen der Elektroden an der gewünschten Stelle und ermöglicht gleichzeitig, mit dem Daumen der linken Hand den Elektroschockstrom auszulösen. Sobald der Schockmechanismus im Gange ist, kann die Elektrodenzange leicht nach vorne abgehoben werden.

Mit der weiteren Entwicklung des Umfanges der Elektroschocktherapie hat es sich ergeben, daß der Wunsch nach einer weiteren Vereinfachung des Gerätes auftauchte. Wenn man in knapper Folge mehrere Patienten mit dem Verfahren zu behandeln hat, so ist es wünschenswert, einen größeren Apparat zu vermeiden, welcher von Bett zu Bett oder gar von Behandlungszimmer zu Behandlungszimmer gefahren werden muß. Da die Patienten nach dem Schock möglichst lange im abgedunkelten Raum schlafen und ruhen sollen, ist diese Forderung nicht nur der Bequemlichkeit zu Diensten, sondern sie steht auch im Interesse des Behandlungsplanes. Aus diesen Gründen wurde das tragbare Elektroschockgerät nach Abb. 10 entwickelt. Dieses besteht aus einer Elektrodenzange, ähnlich derjenigen in Abb. 8 und 9. In der Achse der Zange ist eine zylindrische Büchse befestigt, welche den nach Abb. 6 geschalteten Regeltransformator zur Dosierung erhält. Dieser kann sehr klein bemessen werden, da er ja im Mittel die kleine beim Elektroschock aufgewendete Leistung von nur 25 Wattsekunden abgeben muß. Diese Leistung ergibt sich aus dem Stromquadrat ($0{,}3^2$) und dem wirksamen durchschnittlichen Widerstand (250 Ohm) über die Dauer einer Sekunde. Da die Frage nach den Stromkosten immer wieder gestellt wird, sei bemerkt, daß dieselben je Schock, je nach der Art des verwendeten Apparates und den damit zusammenhängenden Verlusten nur Bruchteile eines Pfennigs be-

tragen. Der Leistungsaufwand liegt ja in der Größenordnung von $^1/_{10000}$ Kilowattstunde. An der rechten Seite der Zange (vorne in der Abb. 10) befindet sich ein Regelknopf, mit dessen Hilfe eine gewünschte Spannung zur Dosierung eingestellt werden kann. Oben trägt das Gerät eine Zeitschaltuhr. Es sind somit alle Einzelteile eines Elektroschockgerätes in handlicher Form vereinigt. Auch hier dient der winkelig geknickte Aufbau den gleichen mechanischen Zwecken einer leichten Elektrodenanlegung, wie er bei Beschreibung des Gerätes nach Abb. 8 und 9 erläutert wurde. Das Gerät ist



Abb. 10: Das tragbare Elektroschockgerät, welches alle elektrischen Regelorgane, den Isoliertransformator, die Zeitschaltuhr und die Elektroden in einem Gerät vereinigt. Das Gerät wird direkt mittels Stecker an eine Steckdose des Lichtnetzes (Wechselstrom) angeschlossen. (Fa. F. Reiner u. Co., Wien).

unmittelbar mit einem Stecker an das Wechselstromlichtnetz anzuschließen. Das Gerät hat sich den Erwartungen entsprechend bewährt. Es ist seit fünf Monaten täglich bei 4—6 Elektroschocks im Betriebe und hat noch zu keinem Schockversager geführt. Seine Handlichkeit ermöglicht es, daß man auch Patienten damit behandeln kann, welche aus anderen Gründen nicht transportiert werden sollen oder können. Mit Hilfe eines Verlängerungskabels kann man jedes Krankenbett der Station einfach erreichen, ohne daß man gezwungen ist, Apparate größerer und für den Patienten auffälligerer Art zu transportieren.

Für den laufenden Betrieb haben wir somit aus praktischen Gründen von der Widerstandsmessung Abstand genommen. *Sogliani* (3) und *Braunmühl* (19) sind zum gleichen Schluß gekommen. Wir verkennen dabei jedoch in keiner Weise die Bedeutung der Widerstandsmessung. In allen Fällen, in welchen es möglich ist, Widerstandsbestimmungen durchzuführen, werden sie von uns

durchgeführt und als Material für die Weiterentwicklung des Verfahrens geschätzt. Für die Herstellung der Geräte habe ich der Fa, F. Reiner u. Co., Wien IX, zu danken.

Zusammenfassung

1. Die der Entwicklung der Methodik der Elektroschocktherapie dienenden Widerstandsmessungen der Kopfwiderstände ergaben, daß praktisch nur Messungen mit Tonfrequenzen Widerstandswerte ergeben, welche einen verläßlichen Schluß auf die beim Elektroschock fließende Stromstärke ermöglichen. Die tatsächlich wirksamen Kopfwiderstände liegen in der Größenordnung von 200—400 Ohm. Bei Schockspannungen von rund 100 Volt fließen Ströme von rund 300—400 mA.

2. Zur wirksamen Dosierung hat sich eine Spannung von 110 Volt und eine Stromflußdauer von 1 Sekunde bewährt. Dabei traten einerseits keine Komplikationen auf, anderseits konnte mit dieser Dosierung ausnahmslos ein vollständiger Schock ausgelöst werden.

3. Die Grundzüge der drei Haupttypen von Schaltungen für den Elektroschock werden herausgearbeitet und in ihren Vor- und Nachteilen gegeneinander abgewogen.

4. Für die praktische Anwendung werden die Elektrodenzangenmodelle mitgeteilt, welche sich praktisch bewährt haben. Ein handliches, tragbares Gerät, welches nur aus einer Zange ohne jedes Nebengerät besteht, wird beschrieben und über seine befriedigende Bewährung berichtet.

Schrifttumverzeichnis

1. *Cerletti* u. *Bini*, Boll. Acad. med. Roma 16, S. 136 (1938). — 2. *Cerletti* u. *Bini*, La Technica e le Manifestationi dell' Elektroshock, Reggio Emilia-Poligrafica Reggiana 1940. Estratto della Rivista Sperimentale die Freniatria LXIV, Fasc. II e Fasc. III, 1940. — 3. *Sogliani*, Dtsch. Z. Nervenhk. 149, S. 159 (1939). — 4. *Fleming, Golla* e *Grey Walter*, Lancet 237, S. 1353 (1939). — 5. *Shepley* u. *Mc. Gregor*, zit. nach *H. Cerletti*, Wien. med. Wschr. 90, S. 100 (1940). — 6. *Yasukoti e Musaka*, Fukuoka Acta Medica, 32, Nr. 8 (1939). — 7. *Bingel* u. *Meggendorfer*, Psychiatr. Neur. Wschr. 42, S. 41 (1940). — 8. *Schilf*, Z. exper. Med. 28, S. 127 (1922). — 9. *Pätzold*, Dtsch. med. Wschr. 66, S. 1157 (1940). — 10. *Schaefer*, Elektrophysiologie, Bd. I. Wien 1940, Deuticke. S. 9ff. — 11. *Müller*, Schweiz. med. Wschr. 70, S. 323 (1940). — 12. Mitteilungen der Fa. *C. Rompel*, München; 9. (1940). — 13. *Freiberger*, Der elektrische Widerstand des menschlichen Körpers gegen technischen Gleich- und Wechselstrom. Berlin 1934, Springer. — 14. *Rasehorn*, Elektrotechn. Zeitschrift 40, S. 4. (1919). — 15. *Rajewsky*, *Dänzer*, *Hollmann* u. Mitarb., Ultrakurzwellen. Leipzig 1938. Thieme S. 77; daselbst die weitere Lit. — 16. *Holzer*, Grundriß

der Kurzwellentherapie, Maudrich Wien 1935, S. 52; derselbe, Physikalische Medizin, Maudrich Wien 1940, S. 538. — 17. *Rein* u. *Schneider*, Pflügers Arch. 239, S. 464 (1937). — 18. *Rein*, Handbuch Haut- u. Geschlechtskrankh., Bd. I, Teil 2. S. 76. Springer, Berlin 1929. — 19. *von Braunmühl*, Münch. med. Wschr. Nr. 19. S. 511 (1940). — 20. *Cerletti*, Wien. med. Wschr., 90, S. 1000 (1940). — 21. *Holzer*, erscheint demnächst. — 22. *Meggendorfer*, Dtsche med. Wschr. 66. S. 1155 (1940). — 23. *Holzer*, Pflügers Arch. 229. S. 153. (1931). — 24. *Fraenckel*, Theorie der Wechselströme, Berlin, Springer 1914 S. 68.

Zu der Frage nach Überlegung bei einer Anklage auf Mord

Von

Prov. Obermedizinalrat Dr. **Hegemann**

(Aus der Provinzial-Heilanstalt Münster. Dir. O. M. R. Dr. *Schnitker*)

(Eingegangen am 26. Februar 1941)

In einer Verhandlung vor der Strafkammer eröffnete der Staatsanwalt sein Plaidoyer mit der Bemerkung, in dem vorliegenden Falle die Anklage zu vertreten, sei die schwerste Aufgabe, die ihm bisher in seinem Berufe erwachsen. Der Verteidiger begann seine Ausführungen mit den Worten, wenn er nur habe damit rechnen können, daß der Vertreter der Anklage auf Tötung mit Überlegung plädieren und die Todesstrafe beantragen werde, würde er die Verteidigung des Angeklagten abgelehnt haben. Er sei von der Verhandlung seelisch so mitgenommen, daß er niemals wieder in einer Strafsache als Verteidiger auftreten werde, wenn er auch nur an die Möglichkeit denken müsse, es könne sich in der Gerichtsverhandlung um die Frage drehen, ob Tötung mit Überlegung oder Tötung ohne Überlegung. Wenn man für gewöhnlich solchen Redewendungen vor Gericht auch keine allzugroße Bedeutung beilegen soll, so wurden dadurch das Außergewöhnliche dieser Strafsache und die Schwierigkeiten, die sich bei der Sachlage für die Beurteilung des Falles durch das Gericht ergaben, doch sehr treffend gekennzeichnet.

Als kriminalpsychologisch wertvoll und als Material zu dem noch sehr umstrittenen Begriff der Überlegung im Sinne des § 211 d. St.G.B. soll dieser Fall hier weiteren Kreisen zugänglich gemacht werden.

Der Arbeiter B. wurde beschuldigt, seinen neunjährigen Sohn durch Erwürgen vorsätzlich getötet und die Tötung mit Überlegung ausgeführt zu haben.

Über das Leben des B. und sein Verbrechen hat die Verhandlung vor Gericht Folgendes ergeben:

B. ist 1905 in Ostpreußen geboren. Der Vater war Landarbeiter, machte den Krieg mit und kehrte erst 1920 aus der russischen Gefangenschaft zurück.

Die Mutter starb 1918 an einer Herzkrankheit. Erbkrankheiten in der Familie sind nicht bekannt. B. besuchte eine zweiklassige Volksschule mit genügendem Erfolge, war erst zwei Jahre in der Landwirtschaft tätig, machte dann eine Lehre als Stellmacher durch und bestand auch eine Gesellenprüfung. In diesem Berufe kam B. aber nicht recht weiter, weil er nur grobe Stellmacherarbeit gelernt hatte. Als der Vater wieder heiratete, verschlechterten sich die Beziehungen zum Elternhause, seit zehn Jahren hatte B. alle Beziehungen dahin abgebrochen. Er wanderte nach dem Westen aus, um bessere Arbeitsmöglichkeiten zu finden, arbeitete als Stellmacher und dann auf der Zeche. Im Jahre 1929 heiratete B. ein Mädchen, das schon ein voreheliches Kind hatte. Weil es ihnen an einer passenden Wohnung mangelte, lebten die Eheleute ein Jahr getrennt. Seit 1930 konnten sie einen gemeinsamen Haushalt führen, aber die Wohnungsverhältnisse waren immer noch schlecht, auch hatte B. sechs Jahre keine Arbeit. Erst 1936 gelang es eine bessere Wohnung zu bekommen, in der die Eheleute dann mit einem ehelichen und dem unehelichen Vorkind wohnten.

In den Jahren der Erwerbslosigkeit war B. nervös, leicht erregbar, hatte auch mit Herzbeschwerden zu tun. Ein Arzt soll ihn damals wegen Herzneurose behandelt haben. B. hat in dieser Zeit öfter den unehelichen Sohn verprügelt, wurde einmal drohend gegen eine Miteinwohnerin des Hauses und hatte einmal eine tätliche Auseinandersetzung mit seinem Schwager. Als B. aber eine ordentliche Wohnung und dauernde Arbeit gefunden, kam er mit allen sehr gut aus, ging regelmäßig seiner Arbeit nach und sorgte gut für seine Familie. Es war solide, sparsam, man mußte das Ehepaar B. für glückliche zufriedene Leute halten, weil sich diese gut vertrugen und auch sonst ein geordnetes Leben führten.

B. war auch auf seinen Arbeitsstellen pünktlich, fleißig, kameradschaftlich, verträglich, bei seinen Mitarbeitern und seinen Vorgesetzten erfreute er sich des besten Rufes. Die Arbeit als Bergmann hatte B. wieder aufgegeben auf Wunsch seiner Frau. Diese war ängstlich, befürchtete, es könne ihrem Manne in der Zeche ein Leid zustoßen. B. hatte schon zweimal einen Unfall, ganz leichte Kopfverletzungen, die aber Folgen nicht hinterlassen hatten.

Die Ehefrau des B. war immer eine stimmungslabile Frau, sie hatte noch mehr als ihr Mann unter dessen Erwerbslosigkeit und den schlechten Wohnungsverhältnissen gelitten, neigte immer leicht zu Angst und Schwarzseherei. Im Jahre 1936 machte sie schon eine kurzdauernde depressive Verstimmung durch. 1939 erkrankte sie von neuem, wurde stiller, grübelte den ganzen Tag vor sich hin und quälte ihre Umgebung mit unbegründeten Sorgen. Bald wurde die Kranke mit ihrer Hausarbeit nicht mehr fertig, fand auch nachts keine Ruhe, halluzinierte, machte sich viel am Fenster zu schaffen, so daß der Mann fürchtete, seine Frau werde sich aus dem Fenster stürzen. Der Arzt überwies die Kranke einem Krankenhaus und nach einigen Wochen wurde sie in eine Anstalt gebracht. Als der Ehemann, der sehr an seiner Frau hing, glaubte, der Zustand seiner Frau habe sich gebessert, nahm er diese wieder nach Hause. Bald schon zeigte es sich, daß die Frau genau so krank war wie vorher. Sie war dauernd in trüber Stimmung, regte sich über jede Kleinigkeit auf, ließ das Hauswesen verkommen, die Kinder durften kaum mehr ein Wort sprechen, hatten nicht die richtige Pflege. Der Ehemann, der tagsüber schwer arbeiten mußte, bekam nicht zur rechten Zeit sein Esssen, fand auch nachts keine Ruhe. B. mußte seine Frau in die Anstalt zurückbringen.

Von dieser Reise kehrte der Mann mit der Überzeugung heim, daß seine Frau unheilbar sei und zeitlebens in einer Anstalt bleiben müsse. Das be-

drückte ihn sehr. Er sah sich von jetzt an mit den Kindern allein, wußte nicht, was aus diesen werden sollte, war auch des Glaubens, er könne die Kinder nicht anderweitig unterbringen, weil das mit zu großen Schwierigkeiten und Kosten verbunden sei. Diese gedrückte Stimmung besserte sich im Laufe des Tages vorübergehend, B. unterhielt sich zwischendurch ruhig mit andern Hausbewohnern, flötete im Beisein der Kinder, schickte diese zu Besorgungen aus und bereitete mit ihnen das Abendbrot. Nach dem Abendessen schickte er die Kinder wie gewöhnlich zu Bett, er selbst setzte sich in die Küche und fing an zu grübeln. Als er jetzt über seine Lage nachdachte, kam er sich sehr einsam und verlassen vor, sah keinen Ausweg mehr aus seiner Not, er glaubte seine Verhältnisse seien für immer zerrüttet und nicht mehr zu bessern, seine Stimmung wurde immer verzweifelter und schließlich kam ihm der Gedanke, für ihn gebe es nur noch eins, aus dem Leben zu scheiden.

B., der schon mehrere Tage vorher auf der Arbeitsstelle recht verzagt über die Krankheit seiner Frau und die dadurch für ihn und seine Kinder geschaffene Lage gesprochen, auch die Äußerung getan hatte, für ihn habe das Leben keinen Wert mehr, hat in den Stunden vor der Tat schwer mit sich gerungen, erst gedacht, er wolle nur sich töten, und die Kinder zurücklassen, aber, als er dann an die Zukunft seines erst neunjährigen Sohnes dachte, was aus diesem werden solle, wenn der auch keinen Vater mehr habe, hat B. sich entschlossen, auch dieses Kind aus dem Leben mitzunehmen. Das voreheliche Kind seiner Frau ebenfalls zu töten, davon hat B. Abstand genommen. weil er gedacht, dazu habe er kein Recht, der Junge sei auch schon älter und werde schon im Leben durchkommen.

Nachdem sich B. zu der Tat entschlossen, führte er diese nicht sogleich aus, sondern überlegte noch weiter, war sich auch noch nicht klar, wie er seinen Sohn töten sollte. B. sah nach, ob die Tür zum Flur geschlossen war, ging ins Schlafzimmer, um nachzusehen, ob die Kinder schliefen. Jetzt faßte B. den Plan, seinen Sohn durch Erwürgen zu töten, holte sich vorher aber noch ein Rasiermesser, legte dieses in der Küche bereit, um sich später selbst das Leben zu nehmen. Dann führte er die Tat bei seinem Sohne aus, umklammerte den Hals seines Kindes und drückte mit beiden Daumen dessen Gurgel ein. Nach einigen Minuten stellte B. fest, daß der Tod eingetreten war, ging in die Küche zurück, wo er sich mit dem Rasiermesser Wunden am Hals und den Armen beibrachte. Als B. damit nicht zum Ziele kam, das Blut nicht genügend floß, fügte er sich noch mehrere Schnittwunden zu, als das auch noch nicht den gewünschten Erfolg hatte, versuchte sich B. aus dem Fenster zu stürzen, was ihm aber nicht mehr gelang, weil seine Kräfte versagten. Bewußtlos infolge des großen Blutverlustes, wurde B. gegen Morgen in seiner Küche aufgefunden.

Er kam in Untersuchungshaft, die Verletzungen heilten bald ab. Weil der Gefängnisärzt Zweifel an der geistigen Gesundheit des B. bekam (dieser bedauerte seine Tat sehr, machte aber „gemütlich einen kalten Eindruck und hatte etwas Verhaltenes in seiner Sprechweise"), beantragte er eine Beobachtung des B., die sechs Wochen lang in einer Anstalt durchgeführt wurde. Das Gutachten kam zu dem Schluß, B. sei für seine Tat voll verantwortlich zu machen.

In der Verhandlung vor dem Gericht, B. war von der ersten Vernehmung an in vollem Umfange geständig, wurde dieser unter Versagung mildernder Umstände mit sechs Jahren Zuchthaus bestraft. Der Staatsanwalt, der die Todesstrafe beantragt und der Verteidiger, der sich für Tötung ohne Überlegung ausgesprochen hatte und dem das Strafmaß zu hoch erschien, legten

Berufung ein. Zu einer erneuten Verhandlung kam es nicht, weil B. sich inzwischen im Gefängnis erhängte.

Ein Mann in den besten Jahren, der erblich, soweit bekannt, nicht belastet ist, sich normal entwickelt hat und sich des besten Rufes erfreute, so daß sein Verteidiger mit Recht sagen konnte, so einen Mörder bekomme man vor Gericht wohl selten zu sehen, hat diese grauenerregende Tat begangen. Kann man es da nicht verstehen, wenn bei dem Gefängnisarzt und auch zu Beginn der Untersuchung bei dem Gericht Zweifel auftauchten, ob dieser Mann bei der Ausführung seines Verbrechens im Vollbesitz seiner geistigen Gesundheit gewesen sei?

Die Beobachtung des B. hat Anzeichen einer Geisteskrankheit nicht ergeben. B. mußte als geistig und körperlich gesund bezeichnet werden. Seine Intelligenz entsprach dem Durchschnitt. Anhaltspunkte dafür, daß vielleicht zur Zeit der Tat ein geistiger Ausnahmezustand bei B. bestanden, ließen sich nicht finden. Der Alkohol hatte in diesem Falle auch keine Rolle gespielt. Man konnte nicht sagen, daß dem Täter eine ernste psychopathische Veranlagung eigen war und dessen Tat vielleicht durch diese Charakterartung wesentlich mitbedingt gewesen sein konnte.

B. soll einmal eine Äußerung getan haben, er gehe nicht gern unter Menschen, weil er sich genierte wegen seiner schiefen Nase. Dabei war die Nase nicht irgendwie ernstlich verbildet. Hieraus zu folgern, B. habe sicher an Minderwertigkeitsvorstellungen gelitten, dürfte zu weit gehen. Eine jahrelang dauernde Erwerbslosigkeit, verbunden mit schlechten Wohnungsverhältnissen, haben dem Manne zwischendurch stärker zugesetzt, dieser war während der Zeit stimmungslabiler, nervös, leichter erregbar, aber auch das ist zu verstehen, daraus eine ernste Psychopathie bei B. herleiten zu wollen, dürfte nicht erlaubt sein. Sobald B. in einigermaßen geordneten wirtschaftlichen Verhältnissen lebte, fiel er nicht im geringsten auf, war immer ein treusorgender, solider fleißiger, gutmütiger und in allem korrekter Mensch, der sich auch körperlich gesund und leistungsfähig fühlte.

B. hat sich zur Zeit der Tat in einer traurigen Verstimmung befunden, nicht in einem krankhaft melancholischem Zustande, sondern durch äußere Umstände bedingt und durchaus verständlich. Seine Tat war von einem starken Affekt begleitet. B. hat aber nicht in einem Affekt gehandelt im Sinne einer plötzlich auftauchenden Gemütsaufwallung, der dann eine Kurzschlußhandlung folgte, auch nicht in einem sogenannten pathologischen Affekt. Eine Willensunfreiheit ist dadurch nicht bedingt gewesen.

Nach dem Ergebnis der Beobachtung mußte B. für seine strafbare Handlung verantwortlich gemacht werden. Das Gericht hatte ebenfalls diese Auffassung, es war auch der Ansicht, daß B. mit dem nötigen Vorsatz gehandelt hatte. Die Frage blieb dann noch zu klären, ob der Täter mit Überlegung gehandelt habe oder nicht.

Die Staatsanwaltschaft führte hierzu folgendes an: Als B. seine Frau in die Anstalt gebracht habe sei er recht gedrückt nach Hause zurückgekehrt. Im Laufe des Tages habe sich seine Stimmung gebessert, B. habe auch am Abend zweckmäßige und vernünftige Anordnungen getroffen, um seinen Kindern eine ungestörte Nachtruhe zu sichern. Bei den Erwägungen, aus denen der Entschluß zur Tat hervorgegangen, habe sich B. eingehend mit der Frage beschäftigt, welche Schwierigkeiten sich nach einem Selbstmord für die beiden Kinder ergeben würden, und lehnte, nachdem er entschlossen war, seinen eigenen Sohn mit in den Tod zu nehmen, den Gedanken auch seinen Stiefsohn zu töten, bewußt ab. B. habe auch die Folgen der Tat abgewogen, seine Verantwortung vor Gott und dem weltlichen Richter. Solchen von der Tat abmahnenden Gedanken sei die Sorge um die Zukunft seines eigenen Kindes gegenübergetreten, die zur Tat gedrängt und schließlich im Widerstreit der Erwägungen die Oberhand behalten habe. Nach der Fassung des Tatentschlusses habe B. über die Art und Weise nachgegrübelt, wie er die Tat ausführen wolle. Bei allen diesen Vorstellungen und Betrachtungen, die zwar vor der Tatausführung in dem B. wirksam gewesen, aber als Erkenntnisgrund für das Vorhandensein der Überlegung auch bei der Ausführung der Tötung gelten müßten, habe es sich um rein verstandesmäßige Vorgänge gehandelt. Auch bei der Ausführung der Tat habe der Täter bewiesen, daß er nicht nur oder nicht überwiegend aus seiner Erregung heraus gefühlsmäßig gehandelt, sondern verstandesmäßigen Vorstellungen und Erwägungen zu folgen, fähig gewesen und auch gefolgt sei. B. habe nach längerem Sinnen und Nachdenken den Plan gefaßt, die Tötung seines Sohnes durch Erwürgen vorzunehmen. Bevor er zur Ausführung dieser Handlung geschritten, habe er das Rasiermesser bereitgelegt, mit dem er sich später selbst habe umbringen wollen. Seine weitere Sorge sei darauf gerichtet gewesen zu vermeiden, daß er bei der Tötung die Gesichtszüge seines Kindes habe sehen müssen und sein Stiefsohn vielleicht habe wach werden können. Diese Erwägung habe gezeigt, daß sich der Täter solcher gefühlsmäßiger Hemmungen deutlich bewußt gewesen, die ihn bei Ansichtigwerden der Züge seines Kindes von der Tat hätten abhalten können. B. habe diese Möglichkeit bewußt dadurch ausgeschaltet, daß er es sorgfältig vermied, einen Licht-

schein in das Schlafzimmer fallen zu lassen. Als B. dann mit beiden Händen Hals und Gurgel des Jungen umgefaßt und mit aller Gewalt zugedrückt, habe er sich, nach seinen eigenen Angaben, um einen besseren Halt zu finden, auf den Oberkörper des Kindes gelegt. Auch hier seien es rein verstandesmäßige Vorstellungen gewesen, die den B. zu einem den Tod seines Kindes sicher herbeiführenden Zugriff veranlaßt hätten. Dem B. seien auch die Einzelheiten der Tat klar gegenwärtig gewesen, so habe er nach seinen eigenen Angaben zu Beginn der Umklammerung des Halses einen gewissen Widerstand oder Krampfbewegungen des Kindes bemerkt, eine Wahrnehmung, die nur bei einem äußerst wachen Verstande denkbar sei.

Nachdem B. das Kind getötet, auch da habe er noch überlegt gehandelt, sich schwere Schnitte mit dem Rasiermesser beigebracht, um sich selbst das Leben zu nehmen. Als B. aber damit nicht zum Ziele gekommen, habe er versucht sich aus dem Fenster zu stürzen.

Das Verhalten des B. vor, während und nach der Tötung trage alle Merkmale an sich, die der Begriff der Überlegung im Sinne des § 211 St.G.B. verlange. Das Vorhandensein einer besonderen Affektlage und Verzweiflungsstimmung schließe verstandesmäßige Vorstellungen nicht aus.

Der medizinische Sachverständige, den das Gericht in diesem Falle veranlaßte, sich auch zu der Frage der Überlegung zu äußern, hatte sehr starke Zweifel, ob B. seine Tat mit der Überlegung im Sinne des Gesetzes ausgeführt habe und sich bei diesem Gutachten von folgenden Erwägungen leiten lassen:

Der B. hing sehr an seiner Frau und seinem eigenen Kinde. Die Krankheit seiner Frau ging dem B. sehr nahe, es war diesem sicher ernst, als er im Kreise seiner Arbeitskollegen äußerte, wenn seine Frau sterbe, habe das Leben für ihn auch keinen Zweck mehr, so eine Frau bekomme er nicht wieder. Seit einem Jahre sah B. diese Frau, die das Leben immer schon schwer genommen, sich zunehmend geistig verändern, sie wurde immer trüber in ihrer Stimmung und empfindlicher, regte sich über jede Kleinigkeit auf, weinte viel, wurde von ängstlichen Befürchtungen nicht mehr frei, sprach kaum noch ein Wort mit ihren Angehörigen, grübelte den ganzen Tag vor sich hin, zeigte zu nichts mehr eine rechte Lust, vergaß ihre einfachsten Pflichten als Hausfrau und Mutter. Wer diese Frau in ihrer Geisteskrankheit gesehen hat, kann es verstehen, daß ein solches Krankheitsbild, starke melancholiche Verstimmung

mit Hemmung, geeignet war, mit der Zeit äußerst ungünstig auf die Umgebung zu wirken.

Seine kranke Frau mußte B. einer Anstalt zuführen, nachdem eine ambulante ärztliche Behandlung und eine Behandlung im Krankenhause erfolglos geblieben waren. Nach einigen Wochen nahm er sie wieder nach Hause, weil er glaubte, ihr Zustand habe sich gebessert, aber schon nach wenigen Tagen war ein Rücktransport der Kranken in die Anstalt notwendig. Jetzt war B. überzeugt, seine Frau sei für ihn unrettbar verloren, komme nicht wieder aus der Anstalt heraus, seine wirtschaftliche Lage sei infolgedessen trostlos, für ihn und seine Kinder gebe es keine besseren Tage mehr. Solange B. auch grübelte, er fand keinen Ausweg aus seinem Elend, sah schließlich in einem Freitod die einzige Lösung für sich selbst. Dann dachte er an seinen Jungen. Diesen allein zurückzulassen, so daß er auf fremde Fürsorge angewiesen, der Gedanke erschien dem B. unerträglich, er beschloß nach langen Erwägungen, dieses Kind aus dem Leben mitzunehmen.

Bei B. hat hiernach eine starke reaktive Verstimmung bestanden, er hat sich schon längere Zeit in einem außergewöhnlichen Affektzustande befunden. Diese schwere seelische Erregung und „Affektspannung ist schließlich zu einer Entladung gekommen". Daß Gefühle, Stimmungen, Affekte in diesem Falle auf die Denktätigkeit des B. einen weitgehenden bestimmenden Einfluß ausgeübt haben, wer könnte das bestreiten?

In der Gerichtsverhandlung machte der Verteidiger die Äußerung, der Täter passe nicht zu der Tat, das müsse zu denken geben, es stimme da vielleicht etwas nicht. An diesen Worten ist etwas Wahres. Bei dem Familienmord oder wie man solche Fälle auch wohl bezeichnet hat, dem erweiterten Selbstmord, findet man fast immer eine geistige oder nervöse Minderwertigkeit bei dem Täter (*Näcke*). Wenn es nun in diesem Falle auch nicht möglich gewesen einen solchen Defekt, wenigstens in nennenswertem Maße, nachzuweisen, so muß man doch bedenken, daß es oft sehr schwer ist, die Psyche eines Menschen ganz zu enträtseln, daß nur wenig über die Familie des B., über dessen Entwickelung, Temperament, Charakter und Weltanschauung zu erfahren war. Es war nicht möglich zu erfahren, ob dieser Mann infolge Erziehung, Belastung von der frühesten Kindheit her nicht doch eine gewisse Schwäche mitbekommen hatte, die sich bei ihm auswirkte durch Mangel an Selbstvertrauen und Furcht vor dem Leben, ob dem B. nicht doch eine gewisse Reaktionsweise eigen gewesen, die es ihm schwerer gemacht wie einem Durchschnittsmenschen, mit Schicksalsschlägen im Leben

fertig zu werden und in der dann die Grundursache für seine schreckliche Tat zu suchen war. Die Motive zu der Tat hat dann das Leben selbst gegeben. Heftige Gemütsbewegungen infolge der schweren Erkrankung seiner Frau, Sorge um die Zukunft seiner Familie, Verzweifelung über sein Schicksal, Liebe und Mitleid zu seinem Kinde waren schließlich allein bestimmend für dieses Verbrechen.

Bei der seelischen Verfassung, in der sich der Täter befunden, war dessen Tat keineswegs eine ungetrübte Verstandesfunktion und klare logische Denkarbeit. Die Gemütsbewegung, in der sich B. zur Zeit der Tat befunden, hat höchstwahrscheinlich die Fähigkeit des Abwägens erheblich beeinträchtigt (*Frank*). Von einer ruhigen Überlegung konnte in diesem Falle wohl keine Rede sein, wenn es vielleicht auch so ausgesehen haben mag. Das Maß der Gefühlserregung, welches den B. bei seiner Tat beherrschte, hat die naturgemäße Aufregung, die bei jedem Tötungsdelikt vorhanden, sicher weit überstiegen und das folgerichtige Abwägen der zu einer Tötung seines Kindes drängenden und davon abhaltenden Beweggründe ausgeschlossen (*Ebermayer*).

Konnten bei dem Manne, der da grübelnd allein in seiner Küche saß und aus seiner verzweifelten Lage einen Ausweg suchte, noch wirksame Gegenvorstellungen aufkommen? Man muß in diesem Falle damit rechnen, daß der Gedanke, für ihn und sein Kind gebe es keine andere Rettung als durch den Tod, geradezu überwertig geworden und deshalb geeignet gewesen ist, sich bei der Denkfähigkeit, die seine Tat begleitete, immer wieder in den Vordergrund des Bewußtseins zu drängen und eine normale Überlegung zu verhindern.

Inwieweit Gefühlseinflüsse bei so schwerwiegenden Handlungen im Leben beteiligt sind, kommt auf den Grad der diesen eigenen Gefühlsbetonung an. Hatte, wie in diesem Falle vielleicht ein einziger Vorstellungskomplex „die ganze Gefühlsenergie an sich gerissen", so kann durch Gefühle und Affekte ein Zwang auf die Denkvorgänge ausgeübt werden. Es ist nicht ausgeschlossen, daß sich auch bei B. ein solcher Vorstellungskomplex durchgesetzt hat, zum ausschlaggebenden Leitmotiv für alle Entschlüsse und zur beherrschenden Triebkraft für sein Handeln geworden ist. Es ist dann nicht die Zurechnungsfähigkeit, sondern die Überlegungsfähigkeit zur Zeit der Tat weitgehend vermindert gewesen. Die Überlegung hat nicht einfach gefehlt, sondern war von dem „tragenden Affekt in Art und Richtung einseitig festgelegt, die Triebkraft der Motive bestimmt und etwaige Gegenvorstellungen in ihrer Wirkung mehr oder weniger stark abgeschwächt gewesen" (*Birnbaum*).

Das Gericht hat sich den Bedenken des Gutachters bezüglich der Überlegung nicht verschlossen und in der Urteilsbegründung dazu ausgeführt. Wenn der Täter längere Zeit über seine Tat nachgegrübelt, sich auch vorgestellt habe, daß er sich vor Gott und seinen irdischen Richtern verantworten müsse, mehrere Male aus Mutlosigkeit den Tatentschluß aufgegeben und endlich die Tötung selbst ohne sonderliche Hast und Überstürzung ausgeführt habe, so spreche das für Überlegung zur Zeit der Ausführung der Tat. Andererseits müsse jedoch die anormale Gemütsverfassung des Angeklagten berücksichtigt werden. Es bringe fast jede Tötung eines Menschen ein gewisses Maß von Aufregung und ein Wirrwarr sich widerstreitender Gefühle mit sich, das Gericht sei jedoch der Ansicht, daß in diesem Falle bei dem Täter eine von dem Durchschnitt abweichende, besondere Affektlage und Verzweiflungsstimmung vorgelegen habe und deshalb die Möglichkeit des Vorliegens einer erheblichen Einschränkung der Überlegungsfreiheit nicht ausgeschlossen werden könne.

Das Gericht hat hiernach, wie es wohl meistens in solchen Fällen geschieht, auf Tötung erkannt, wahrscheinlich von den Erwägungen ausgehend, der Täter war kein gemeiner Mörder, hatte nicht aus allgemein verwerflichen Motiven gehandelt, und es konnte doch immerhin möglich gewesen sein, daß die Überlegung äußerlich vielleicht den Anschein einer normalen Überlegung gehabt, in Wirklichkeit aber eine wesentliche Abweichung vom Normalen erfahren hatte.

Dieses Urteil des Gerichts entsprach sicher allgemein menschlichem Empfinden, die Richter haben vielleicht auch, in diesem Falle mehr wie gewöhnlich, gefühlsmäßig geurteilt, ob es dem Wortlaut und dem Sinn der maßgebenden strafrechtlichen Bestimmungen entsprochen, darüber kann man streiten. Eine eingeschränkte, verminderte Überlegung ist im Gesetz nicht vorgesehen, sondern dieses kennt nur eine Tötung mit und ohne Überlegung.

Das Gericht konnte sich aber auf eine Entscheidung des Reichsgerichts stützen (6 D. 149/35), in der es bei der Beurteilung eines ähnlich liegenden Falles heißt:

„Es wird in solchem Falle zu prüfen sein, ob nicht ein Zustand tiefster Gemütsniedergeschlagenheit (Schwermut) bestanden hat, der zwar nicht Gedanken völlig zurückdrängte, aber doch einen so starken, inneren Zwang auslöste, daß die Fähigkeit zu einer klaren Abwägung der für und gegen die Tat sprechenden Umstände und zu einer Überdenkung der Folgen genommen war. Es braucht gerade kein Gemütszustand gewesen zu sein, der die Zurechnungsfähigkeit ausschloß oder im Sinne des § 51 Abs. 2 erheblich verminderte, er kann aber doch ohne Hervortreten irgendwelcher Erregung nach

außen doch die Verstandestätigkeit so überlagert haben, daß dem Angeklagten trotz der Gedanken, die ihm gekommen sind, die Überlegung im Sinne des § 211 StrGes.B. gefehlt hat."

Der Vertreter der Anklage hat sich bei der Begründung seiner Auffassung auch auf eine Entscheidung des Reichsgerichts stützen können (E 62/196), das an dieser Stelle ausgeführt hat:

„Ruhige Überlegung wird nach § 211 des St.G.B. nicht vorausgesetzt. Überlegtes Handeln im Sinne dieses Paragraphen ist auch dann nicht ausgeschlossen, wenn eine starke, bis zum Lebensüberdruß gesteigerte seelische Erregung und Zerrissenheit den Entschluß zur Tat hervorgerufen und bei ihrer Ausführung fortbestanden hat. Entscheidend ist vielmehr auch in einem solchen Falle, ob der Täter gleichwohl noch so sehr Herr seines Denkens, Wollens und Tuns war, daß er bei der Ausführung nicht nur, oder doch nicht überwiegend aus seiner Erregung heraus gefühlsmäßig handelte, sondern verstandesmäßigen Vorstellungen und Erwägungen zu folgen fähig war und gefolgt ist. Haben diese den Ausschlag gegeben, vermochte also der Täter, trotz einer das ruhige Überlegen beeinträchtigenden Erregung, die ihn zum Handeln drängenden und die ihn davon abhaltenden Beweggründe mit genügender Klarheit und Besonnenheit gegeneinander abzuwägen, und ist er auch tatsächlich nicht von seiner Erregung übermannt worden, sondern in voller Besonnenheit und mit bedachtem Wollen zur Ausführung der Tat geschritten, so liegt im Sinne von § 211 St.G.B. ein Handeln mit Überlegung vor."

Der Standpunkt der Staatsanwaltschaft wäre hiernach auch zu verstehen; aber wer will es in diesem Falle mit absoluter Sicherheit entscheiden, ob der Täter nicht doch gefühlsmäßig seine Tat ausgeführt hat, ob ausschlaggebend nur rein verstandesmäßige Vorstellungen bei der Ausführung der Tat wirksam gewesen sind oder ob der Täter zwar mit genügender Besonnenheit und Klarheit abzuwägen imstande war, aber schließlich doch von einer schweren Erregung übermannt worden ist? Wenn der Vertreter der Anklage aus einzelnen Handlungen des Täters am Tage des Verbrechens und aus dessen Auslassungen bei den späteren Vernehmungen den Beweis hierfür dadurch erbracht sieht, daß der Täter zweckmäßige und vernünftige Anordnungen getroffen, bei der Ausführung der Tat verstandesgemäß vorgegangen und sich auch gefühlsmäßiger Hemmungen bewußt gewesen, so mag das alles richtig sein, das verschafft uns aber keine absolute Gewißheit darüber, wie es mit dem seelischen Geschehen des Täters bei der Ausführung der Tat bestellt war, sagt uns nicht einwandfrei, inwieweit die Gefühlserregung das Tun des Täters beherrschte, durch diesen erregten und schwermütigen Mann ein Abwägen von Tat und Tatfolgen stattgefunden und die im Gesetze geforderte Überlegung bei der gesamten Ausführung der Tat vorhanden gewesen ist.

Für gewöhnlich gilt ja „die Affekthandlung als Typus für eine

nicht überlegte Handlung“ (*v. Hentig*, Jur. Wochenschr. 1935): aber jedes Tötungsdelikt ist mit Erregung verbunden, eine starke Erregung braucht eine Überlegung nicht notwendig auszuschließen, und trotz größter Ruhe kann bei dem Täter die Überlegung fehlen. Auch der vorliegende Fall beweist, welche Unsicherheit sich für die Beurteilung durch das Gericht ergeben kann, wenn es sich um eine Tat handelt, die aus einer Verzweifelungsstimmung heraus entstanden, bei der Mitleid, Liebe, Sorge die leitenden Motive gewesen und die hiernach doch sicher von starken Affekten begleitet war.

Es mag auch vielleicht schwer sein, durch die Bestimmungen eines Strafgesetzbuches allen in der Strafpraxis vorkommenden Fällen absolut gerecht zu werden; es wird immer wieder Fälle geben, wo es dem Richter überlassen bleiben muß, den Wortlaut des Gesetzes sinngemäß auszulegen und dem Täter und seiner Tat anzupassen. Aber das Delikt der Tötung ist nicht ein ganz seltener Ausnahmefall, die Beurteilung durch das Gericht ist doch von den schwersten Folgen begleitet, muß doch immer über das das Leben eines Menschen entschieden werden; ob es da richtig war, allein durch einen rein psychologischen Begriff der Überlegung den Mord vom Totschlag abzugrenzen, einen Begriff, der wie dieser besprochene Fall lehrt, auch von Juristen inhaltlich schwer gedeutet zu werden vermag, darüber kann man mit Recht streiten.

Das Reichsgericht hat wohl in Anbetracht dessen, der Auslegung dieses Begriffes schon viel Sorgfalt gewidmet. Es hat u. a. verlangt, daß zu prüfen sei, ob die Gefühlserregung des Täters die naturgemäße Aufregung, die bei jedem Tötungsdelikt vorhanden, überstiegen; hat ausgeführt, daß weder das allgemeine Zielbewußtsein des Täters, noch das Ausbleiben jeder Erregung allein ausreichend seien, das Merkmal der Überlegung darzutun; die vorbedachte Wahl der Tötungsmittel, nicht die Überlegung beweise; der Täter müsse geistig rege, besonnen abzuwägen imstande gewesen sein, es sei aber nicht nötig, daß sich der Täter zu einer Willensbildung erst durch einen wirklichen Kampf zwischen den für und gegen die Begehung der Tat streitenden Beweggründen hat durchringen müssen (E.E. 42/267 und 37/297). Das Reichsgericht hat auch in einem ähnlich liegenden Falle wie diesem, wo das Vorleben des Täters trotz sorgfältiger Nachforschung wenig Anhaltspunkte bot und über die Erbanlagen des Täters nichts zu ermitteln war, es für nötig gehalten, noch einen Psychiater auch zu der Frage der Überlegung zu hören.

Immer wieder sind auch von Juristen und Gerichtsärzten Erwägungen darüber angestellt worden, wie das Strafrecht in dieser Hinsicht vielleicht verbessert werden könne. So hat man empfohlen, die Motive der Tat und deren Bewertung vor Gericht im Gesetz mehr zu berücksichtigen, ebenso das Verhältnis des Täters zu seiner Tat, um den Mord bei Tötungsdelikten besonders herauszuheben, objektive Anhaltspunkte zu wählen, Tötungsmittel und Tötungsziele, oder die Unterscheidung zwischen Mord und Totschlag in die Schuldseite zu verlegen. Von ärztlicher Seite (*Többen*) wurde angeregt, das mehr aus der emotionellen Seite des Seelenlebens hervortretende Wollen für die Tötung und das vorwiegend aus dem Trieb und dem Verstandesleben hervorgehende Wollen für den Mord als kriminalpsychologisches Unterscheidungsmerkmal zu wählen. Aber hier wirklich Verbesserungen zu finden, muß den zuständigen Stellen überlassen bleiben, hier kam es nur darauf an, durch ein Beispiel aus der Strafpraxis zu zeigen, daß das bisherige Unterscheidungsmerkmal für Tötung und Mord doch nicht allseitig zu befriedigen vermag.

Schrifttumverzeichnis

Aschaffenburg, Mord und Totschlag in der Strafgesetzgebung. Mon. Kriminalbiol. usw. Jahrg. 1913. — *Birnbaum*, Archiv Kriminal. Bd. 69 u. Ztsch. ges. gerichtl. Med. Bd. 1. — *Bjerre*, Zur Psychologie des Mordes. — *von Holtzendorf*, Das Verbrechen des Mordes. — *Haßler*, Zur Frage der Überlegung. Mon. Kriminalbiol. usw. Bd. 16. — Juristische Wochenschr. Jahrg. 1931/939, 1935/3105, 1937/1799. — *Kühlewein*, Familienmord. Mon. f. Kriminalbiol. Bd. 5. — *Näcke*, Familienmord, Vjschr. gerichtl. Med. 1908. — *Voß*, Zur Psychologie des Brautmordes. Mon. Kriminalbiol. Jahrg. 1912. — *Többen*, Untersuchungen an Totschlägern.

Karl Philipp Moritz und die Erfahrungsseelenkunde

Von

Werner Leibbrand, Berlin

Biographisches soll in den folgenden Ausführungen nur am Rande erscheinen. Die Lebensgeschichte jenes den späteren Romantikern so ähnlich vorangestorbenen schwindsüchtigen Lehrers für Ästhetik ist mit Sorgfalt durch *Eybisch* den Archiven entnommen worden. Wer daran glaubt, daß die Lungentuberkulose die Seele des Menschen wesensmäßig verändert, wird an der sehnsuchtsvollen Unstetheit dieses Wanderlustigen nicht vorübergehen können, aber letzte Sinndeutung wird durch solche rein pathographische Lust nicht zu erhoffen sein. Unüberlegtheit, Impulsivität, Herzensnot drängten diesen im römischen Sinne als Jüngling mit 37 Jahren Dahingegangenen ewig auf die angsterfüllte Straße der Flucht, enthoben ihn der Seßhaftigkeit eines festen Amtes, dessen er als Bürger so nötig bedurfte, und benahmen ihm alle behagliche Würde, die eine späte Professur an der Akademie einzuschließen schien. Goethe vermochte sich der seltsamen Gewitterhaftigkeit dieses Menschen, den er als sein zweites Ich bezeichnete, nicht zu entziehen. Nicht nur die Ähnlichkeit des Liebesschicksals, für das die ewige Stadt Rom Beiden zum fruchtbaren Asyl auf gleichartiger Flucht geworden war, nicht nur der Zufall eines chirurgischen Unfalls, bei dessen Krankenpflege Goethe zum Beichtiger eines Zerrissenen, zum Organisator einer äußeren Leidenszeit, zum Helfer in Wirtschaftsnöten wurde, war es, was bindend wirkte: nein, der Dichter der Iphigenie verdankte Moritz die Versifizierung seines Werkes, er dokumentierte in eigenen Aufzeichnungen die Gemeinsamkeit gleichartiger Ideen auf dem Gebiet der Sprachforschung und Ästhetik und scheint den Anteil Moritz'schen Gedankenguts an dem seinen gleichsam aus vollem Herzen überschätzt zu haben.

Und dennoch sah dieser Moritz die Welt Italiens mit völlig anderen Augen wie Goethe. In Moritz war zweifellos die Antriebskraft seelischer Unrast größer als die ewig deutsche Sehnsucht

nach dem Süden; in ihm ordnete kein architektonisches Maß die Fülle der Gesichte, ihm hatte kein Winckelmann den Weg des inneren Blicks gewiesen, ihm winkte in Rom kein inneres Gleichgewicht als Heilung für seelische Zerfahrenheit. Im Gegenteil; quälend blieb in der Brust das nagende Gefühl mangelnder Fruchtbarkeit, das sich in die rauhe Wirklichkeit unfertiger Planungen umsetzte, das ihn aus der Misere geldlicher Nöte, unerfreulicher Auseinandersetzungen mit dem nachgiebigen Verleger nie herausbrachte. Es konnte Campe nicht angenehm berühren, wenn er von dritter Seite erfuhr, daß Moritz heimlich mit Goeschen verhandelte.

Goethe besuchte nach der Bekanntschaft mit Moritz im berühmten Café Greco die Villa Pamfili, machte mit ihm einen Ausflug nach Fiumicino, bis ein Armbruch nach der Rückkehr gemeinsam mit Tischbein und zwei anderen Freunden solchen Exkursionen halt gebot, die wenig gemeinsame Interessen verband; denn Moritz lag nichts an Kirchenbesuch, nichts an Palästen oder Museen: er war ein lässiger impressionistischer Schlenderer, ein Freund des südlichen Markttreibens, den das Schicksal der Galeerensklaven, der Geruch der Lazarette mehr anzugehen schien als die Schätze eines rühmenden Cicerone. Das bezeugen seine Berichte, die von Verona nur das antike Theater aufzeichnen, in denen Catulls gedacht wird; das beweist sein Übergehen der Denkmäler von Bologna und das Schildern alltäglicher Dinge, die ihm oft näher standen als das Wesentliche. Und dennoch bleibt Moritz für Goethe das wichtigste Ereignis in Italien. Beide waren einander eine Ergänzung. Was der eine erschaute, ergrübelte der andere in seiner kränklichen Feinnervigkeit, was der eine als naiver Dichter unmittelbar in sich einströmen ließ, unterzog der andere einer philosophierenden Reflexion, was der eine typisierte, individualisierte der andere.

Doch wäre es grundfalsch, Moritz die Bilderschau abzusprechen, ihn zu Goethe in den Gegensatz des begrifflichen Rationalisten zu zwingen. Solche Gegensätzlichkeit hätte nie das Band geistiger Freundschaft zu stiften vermocht. Wenn gesagt wird, Moritz habe sich für seine italienische Reise nicht mit Winckelmann vorbereitet, so heißt dies nicht, er habe ihn nicht gekannt. Moritz wurde nicht von blasser Begrifflichkeit beherrscht, auch er wußte wie Shaftesbury und Winckelmann etwas vom begriffsfeindlichen Bild, vom inneren Gehalt, von der bilderschaffenden Seelenkraft und ihrer Gestaltung. Nur begann er seine Beobachtungen beim Menschen, nicht beim Universum, wie Herder es tat. Vom Menschen her wollte er zur Gattung, zur Welt, zum Ganzen dringen. Bei allem

Bespötteln, das Goethe den sprachphilosophischen Studien Moritzens gegenüber zeigte, fühlte er die fruchtbare Ergänzung durch dieses zweite Ich und so setzte er Moritz in der „Italienischen Reise“ durch das Intermezzo eines Traktats über die Schönheit ein ehrlich gemeintes Denkmal seines tief gefühlten Dankes. Vielleicht aber steckt in dieser ganzen Freundschaftsbeziehung viel Ähnliches, was Goethe in der Episode Jung-Stillings erlebte. Äußerlich gesehen begegnet man auch hier der Tatsache, daß ein Großer einem Kleineren zur schenkenden Tugend werden durfte: Jung-Stillings Veröffentlichungen wurden ebenfalls durch Goethe gefördert. Der allzu frühe Tod Moritzens ließ jene Dissonanz nicht aufkommen, die für Goethe in Karlsruhe aufbrach, als er den frömmelnd erstarrten Jugendfreund wiedersah. Wahrscheinlichkeitsberechnungen sind im Felde geistesgeschichtlicher Tatsachen wertlos; aber mystische Gelassenheit steht bei einem seelisch Schwachen dicht neben der Möglichkeit des Sichgehenlassens, und so ist es zweifelhaft, ob Goethe einen weiteren Schritt Moritzens in die Gefilde künftiger Romantiker hätte gutheißen können.

Der autobiographische Roman „Anton Reiser“ mit seiner Fortsetzung „Hartknopf“ hat künftige Generationen wesentlich beeindruckt. Das bezeugt uns Schopenhauer, das bekundet Willibald Alexis, und Friedrich Hebbel schreibt an Amalie Schoppe: „Wer mich .... allzu großer Empfindlichkeit anklagen mögte, der lese den Philipp (gemeint Anton) Reiser von Moritz, dies Buch ist aus meiner Seele geschrieben“. Erst eine Zeitperiode, in der die Psychologie ohne Seele herrschend wurde, ließ dieses wichtige Werk in Vergessenheit versinken. Hätte ein Wernicke darum gewußt, er hätte die Lektüre seinen Schülern nicht weniger ans Herz gelegt als die Dostojewskis. Mit dem Anbruch einer tiefen psychologischen Ära erschien dieser Roman wieder im Schrifttum. So wird er im Handbuch der Individualpsychologie aufgeführt, und *Robert Minders* ausgezeichnete Arbeit über Moritzens religiöse Entwicklung hat vielleicht gerade den einen Fehler, daß sie zu stark mit der Terminologie dieser Schule operiert.

Haben wir nun mit solchen Erörterungen Moritz der Periode eigentlicher Romantik zu stark genähert, so mag ein Rückblick auf seine zeitliche Herkunft die Verflochtenheit recht verschiedenartiger Geistesrichtungen dartun, aus der er sich heraus entwickelte. Die Lebenszeit des Regimentshoboisten Moritz, des Vaters Karl Philipps reicht in die Zeiten des religiösen Separatismus. Die oftmals hohle Pietisterei, hinter der sich ein schon untergehendes Patriziertum verbarg, ist uns aus der Entwicklung eines Sencken-

berg bekannt. Neben Alchimie, Freimaurerei blühten die Geheimkonventikel, an deren Spitze meist kleine Handwerker standen. Die Lebensgeschichten so mancher Zeitgenossen sind hier viel illustrativer als die Goethes, in der von solchen Dingen wenig die Rede ist. Herrenhuter, Separatisten, Inspiranten, Harmonische Brüder spielten eine geradezu epidemisch wirkende Rolle; es ist die Zeit der Theologaster, die sich aus allen möglichen Berufsarten rekrutierten. Man denke nur an Senckenbergs ärztlichen Freund Dippel, an den Arzt Gros aus Büdingen, den Schuhmacher Krahl, an Immler, Karl, Rock und viele andere, die in den manuskriptlichen Aufzeichnungen Senckenbergs eine Rolle spielen. Auch Moritzens Vater war durch einen Uhrmacher zum Anhänger der aus Frankreich dringenden Mystik der Madame Guyon, zum Adepten des Herrn von Fleischbein geworden. Was bei der Guyon wirkliche Mystik im Sinne der „cognitio sine medio" gewesen war, setzte sich bei Fleischbein und Moritz in eine spießbürgerliche Frömmelei als kleine Münze um, und diese seelische Haltung umdüsterte das Jugendleben Karl Philipps in entscheidender Weise. Mag sein, daß seine Konstitution der väterlichen Religiosität mehr Neigung entgegenbringen konnte als der der Mutter, mag sein, daß die Spannung „zwischen Weltfurcht und Lebensgier" die eigentliche Triebkraft war, die in diese Richtung drängte, sicher ist, daß die gesamte Zeit der sogenannten Aufklärung in Deutschland im Zeichen des theologischen Streites stand und daß sie ohne das grundsätzliche Interesse an theologischen Problemen überhaupt nicht erfaßt werden kann. Man nehme die Vorgänge der Wolffenbüttler Fragmente, man lese die Dokumente des späteren Pantheistenkampfes, der Spinozadiskussionen; all dies steht im vollen Gegensatz zu dem politisch-revolutionären Geisteskampf des Nachbarlandes Frankreich mit seinem agitatorischen Charakter eines „Ecrasez l'infame". An dieser Auffassung ändert auch die radikale Gruppe der Aufklärer nichts, die Lessings theologisches Ansinnen verkannten oder die unter dem Schutz des durch Voltaire beeinflußten Preußenkönigs zu völliger Säkularisierung schreiten wollten. Mochte Salomo Semler und sein Schüler Baumgarten noch so stark ins Horn stoßen: die Abtrennung vom kirchlichen Lehrsystem ist niemals gleichbedeutend mit Atheismus, und die sarkastischsten Randbemerkungen Friedrichs, wie sie beispielsweise im Kampf um Tellers Gesangbuchtexte an die Öffentlichkeit drangen, können nicht darüber hinwegtäuschen, daß die Aufklärung statt revolutionärer Tendenzen eine ausgesprochen konservative Beharrlichkeit zeigte, die dazu bereit war, die Mittellinie des Kompromisses

zwischen Vernunftreligion und Offenbarungsglauben einzuhalten. Der eigentliche Deismus hatte der deutschen Aufklärung wenig zu bieten.

Moritzens Werdegang ist von religiösen Skrupeln begleitet. Brachte er schon in der Anlage einen Hang zum Brüten, ein Gefühl des Abgeschnittenseins von außen in seiner Seele mit, so erhielt sein religiöses Denken durch die Erziehung im Vaterhaus noch eine calvinistische Tönung. Auch der sonstigen Schulbildung fehlte ein individualistischer Zug. Sein Lehrer Ballhorn warnte vor Shakespeare, ja auch vor Milton, und in der Logik wurde er von einem Wolffianer Baumeister unterrichtet. Erst als Theologiestudent in Jena — eine übrigens damals nicht für die engere Fakultät bezeichnende Inskribierung — entsagte er der wasserklaren Ratio und preist das Genie Shakespeares. Dort kam Moritz auch mit der praktischen Seelsorge in Berührung, da sein Lehrer Froriep, der Nachfolger jenes nicht gerade tiefgründigen Polemikers Bahrdt, die Studenten in die Krankensäle mitzunehmen pflegte. Damals begann das seelenkundliche Interesse, er las den „Siegwart“ und kam in Berührung mit dem französischen Arzt Alix, dessen Verdienste um das Gesundheitswesen der Stadt Erfurt noch heute bekannt sind. In Wittenberg, einer zu dieser Zeit orthodoxen Hochburg mit rationalistischem Einschlag sah er das Luderleben einer universitas pauperum. Mühselig verdiente er sich etwas Geld mit englischem Unterricht und Übersetzungen, bis er 1778 in Dessau bei Basedow vergeblich um Anstellung nachsuchte; der bekannte Lehrer Wolke hat ihn als Kranken gepflegt. Die Philanthropie-Bewegung hat ihn nachhaltig beeindruckt. Als Informator am Potsdamer Waisenhaus machte er schwere seelische Krisen durch, bis er durch Empfehlung des Pastor Teller als zweiter Lehrer an der unteren Schule des Berlinischen Gymnasiums zum Grauen Kloster unter Büschings Leitung angestellt wurde.

So geriet Moritz in das Hauptquartier der norddeutschen Aufklärung. Aber auch ihre Vertreter waren keine reinen Rationalisten. Bei ihnen galt als Grundlage des Menschen die Beglückung und Liebe, bei ihnen wurde das Studium des menschlichen Herzens zum eigentlichen Programm einer Erfahrungsseelenkunde. Mochte Büsching sich noch so reformerisch gebärden, eine rein praktische Erziehung der Jugend zu einem nur handwerklichen Zweck lag ihm ferne. Man lese die Rede, die er in jener Zeit (1779) anläßlich der Prüfungen der Gymnasiasten am 6. und 7. April gehalten hat. Mit der Begeisterung eines echten Schulmannes bekämpft er das bekannte schillersche Brotgelehrtentum, das sich in dem Satz

bekundet „Mein Sohn soll ein Jurist, und kein Gelehrter werden". Er streitet gegen die „nur-Ärzte", „nur-Prediger", „nur-Schullehrer", er malt ein unseliges Ende deutschen Geistes für die Zukunft aus, wenn solche Standpunkte Gewohnheit würden und schließt: „entweder lasset das Studium fahren, denn es ist eine große Arbeit, oder widmet euch demselben so wie sichs gebührt, denn die Ehre, welche man dadurch erlangt, ist groß". Und er belegt den Satz mit einem Zitat aus dem Diogenes Laertius. Es scheint notwendig zu sein, solche Aussprüche in Erinnerung zu bringen; denn die etwas summarische Auffassung über die Aufklärungszeit bringt es mit sich, daß man alle diese Kleinen der Zeit im Schatten der aufstrebenden Titanen entwertet. Man kennt sie zumeist nur aus den Niederungen literarischer Pamphlete — wir denken hier an den unrühmlichen Bahrdt-Skandal zwischen Zimmermann und Kotzebue — und so werden diese durchaus tüchtigen Männer zu Karrikaturen, ohne daß man sich auf ihre Leistungen bezieht. Sie sind nicht die Figuren jenes unerfreulichen skatologischen Dramoletts, das Kotzebue anonym verfaßte, sie sind auch nicht alle lächerliche Figuren wie der wenig innerlich zentrierte Basedow; gewiß ist manchmal der Deismus wie bei Karl Spazier mit allzu subjektiver Sentimentalität durchsetzt, die die Tränendrüsen bereitwillig in Bewegung setzt, aber es zeigen sich auch fruchtbare Einflüsse, die von Pope, von Shaftesbury und Rousseau herüberreichten. Mancher war nur ein Eklektiker wie etwa der Rektor Gedike, der das Gesner'sche Erziehungsprogramm mit der Reform eines Basedow neuhumanistisch-psychologisch vereinen wollte; selbst der dem Bürger'schen Shakespearekreis nahestehende kampflustige Biester zeigte in seinen Zeitschriften jene schon bemerkte konservative Beharrlichkeit, wenn es an die Umsetzung aufklärerischer Ideen in der Tat geben sollte. Mag sich nun die Psychologie damals noch so mechanistisch gebärdet haben, die Vorbilder, auf die sie sich berief, ließen außer einer reinen Gehirnfibernlehre, die von den Assoziationstheoretikern Hartley und Priestley, von einem Search stark beeinflußt waren, dennoch weit mehr entnehmen. Der Franzose Charles Bonnet, in dessen von Schütz übersetztem „Essai analytique sur les facultés de l'âme" (Kopenhagen 1760 bei den Brüdern Philibert) die bekannte psychologische Statuenbelebung Condillacs eine führende Rolle spielt, redet zweifellos eine recht mechanistische Sprache. Er meint, zur Entstehung einer Vorstellung gehöre eine ähnliche Erregung wie zur Empfindung, und die Phantasie entstehe infolge einer schwächeren Wiederholung der bei der Empfindung erregten

Nervenbewegung und zwar auf Grund einer von dieser im Hirn zurückgelassenen Disposition. Für Bonnet gehen alle Vorstellungen wie bei Locke, Hume und Condillac aus Empfindungen hervor, und er legt großen Wert auf die Erforschung der physiologischen Bedingungen des Vorstellungserlebnisses sowie auf den Versuch, den Vorstellungsablauf aus Bewegung von Gehirnfibern zu erklären. Das Bild von der Anatomie des Körpers wird zur Statuierung einer Seelenanatomie benutzt und diese Analogie spukt in den Köpfen aller derer, die sich auf ihn berufen; unter den vielen befand sich auch der junge begeisterungsfähige Lehrer Schillers, Magister Abel, der die Starre des Wolffianismus ebenfalls durch Gedankengänge englischer Forscher und nicht zuletzt durch Ideen Shaftesburys zu mildern suchte. Wäre Bonnet ein reiner Mechanist gewesen, Lavater hätte ihn nicht 1768 in einem Brief als seinen geistigen Vater bezeichnet. Hinter der Fibernlehre des Franzosen wird eine Offenbarungsgläubigkeit sichtbar, die sich den Bund von Philosophie und Religion erhofft, kurzum sein Naturalismus ist dem religiösen Denken untergeordnet, und deshalb treffen wir neben dem Sensualismus Condillacs, dem er nicht voll zustimmen kann, einen Glauben an die Existenz der immateriellen Seele an. So entsteht aus dem Essai eine Fortsetzung, die er Palingenesie nennt und die sich mit dem künftigen Leben beschäftigt. Jetzt wird das Zentralorgan des Menschen zur Hülse des wahren Seelensitzes, zum Einschlußorgan eines neuen Keimes, der in vergängliche Decken gehüllt ist, der zum überirdischen Ätherwesen wird, das letzten Endes die Apologie der Offenbarung darstellt. Bekanntlich hat Lavater dieses ihn erfüllende Werk Bonnets zum Streich gegen Mendelssohn benutzt. Vor allem aber hat er diese Keimtheorie spekulativ ausgenutzt, um eine Lehre seelischer Keimkörper aufzustellen. Schon im Essai Bonnets heißt es an einer Stelle des Endkapitels: „Il est donc possible que le siège de lâme renferme actuellement le germe de ce corps incorruptible et glorieux dont parle la Révélation“.

Es ist durchaus kein Zufall, daß dieser scheinbar mechanistische Bonnet auf die deutsche Psychologie so stark zu wirken vermochte. Es ist der theologische Ansatz seiner Lehre, der auch den damals viel gelesenen Eklektiker Feder neben Hartley, Home, Search und Helvetius beeindrucken konnte.

Und dennoch haftet der Gottesidee dieser Aufklärung etwas Kleinbürgerliches an. Das darf man selbst von Kants Vernunftglauben sagen, bei dem die Religion eine „moralische Anstalt“ ist, die der „Praxis“ der Kulthandlungen keinerlei Verständnis er-

möglicht. Die Verbürgerlichung der Theologie ist ein Säkularisierungsvorgang und er hat ganz bestimmte Folgen. War schon im Separatistenwesen der kleine Handwerker als Träger der sektiererischen religiösen Idee zu erkennen gewesen, so begann nun immer mehr und mehr das Bedürfnis der Psychologisierung und damit ein Abrücken von den eigentlich philosophisch-theologischen Problemen. Schon Feder wollte im Sinne des Thomasius Beobachter sein, er wollte eine Philosophiereform zugunsten einer Psychologie als Beobachtung der inneren Natur. In dieser programmatischen Thematik wird er in Mursinnas Annalen genannt; eine „Spezialpsychologie" sollte neu entstehen. Neben den vielen kulturhistorischen Bemerkungen, die er in dem langatmigen Werk „Über den menschlichen Willen und dessen Naturtriebe" (Göttingen und Lemgo 1785 bei Meyer, 4 Teile) ausbreitet, entwickelt er als Prinzip die Selbstbeobachtung, verlangt er die Aufzeichnung der Träume als losgebundene Gedanken, fordert er die Philosophen auf, Tagebücher ihres Herzens zu schreiben, Charaktere zu schildern, Lebens- und Reiseerlebnisse wiederzugeben. Er lobt Christian Wolffs Psychologia empirica, die allerdings more geometrico die Begriffe klar zu machen verstehe wie kaum ein anderer, die aber auch den Mangel der allzu einfachen systematischen Sicht auf Kosten der Gründlichkeit zeige. Immerhin sei diese skeletierte Vorstellung der Natur ein Muster der Ordnung und Zergliederung. Er lobt die Engländer, unter ihnen Hutcheson mit seinem Sympathiebegriff, Shaftesbury, Hume, Smith mit ihrer Theorie moralischer Empfindungen, er zitiert Helvetius, Malebranche und manche andere, er weist in der Antike auf Cicero, Plutarch, Sextus Empiricus und zollt Home und Sulzer seine Anerkennung.

Mit metaphysischen Sätzen sei nichts anzufangen, sie griffen der Erfahrung vor und gerade an sie wolle er sich nun halten.

Im zweiten Teil, Spezialpsychologie genannt, unterrichtet er über wichtige Literatur, bei der unter vielen anderen auch Ferguson und Flögels Namen stehen. Aber die Durchführung praktischer Beobachtungen, so meint er, sei recht schwierig. Die Menschen verbergen absichtlich zu viel. Und obgleich er die Anregung zur Aufstellung guter Krankengeschichten gibt, erklärt er sich selbst für diese Tat nicht als zuständig. Er streift allgemein die Möglichkeit der Charakterveränderung durch Krankheiten und nennt die Autorität Tissots, er warnt vor einer Überschätzung der durchaus interessanten physiognomischen Autoren, er gelangt in die Nähe des Konstitutionsproblems, betont die Wichtigkeit des klimatischen Faktors und schildert dann die bekannten Temperamente, deren

begriffliche Wertigkeit er aber durch Konstatierung von Mischformen mindert, jenes Gegenargument, das auch heute die Kretschmer'sche Lehre trifft. Er weiß etwas von sozialpolitischen und soziologischen Faktoren, richtet die Aufmerksamkeit auf das psychologische Problem der Pubertät, das Barclay vernachlässigt habe und spricht über praktische Erziehung, die noch viel zu wenig Verständnis für die Kinderseele habe. Hier spürt man tatsächlich den Praktiker, der Respekt vor kindlichen Trieben hat, der das gefährliche Vorrecht der Erstgeborenen kennt, aber auch die Verzärtelung des Benjamin. Theoretischer ist der Versuch, die Temperamente erbbiologisch zu bestimmen. Hier fehlt auch nicht das Eingehen auf die Psychogenie der Muttermäler, ein Thema, das fast in keinem jener damaligen Bücher unbearbeitet bleibt; Malebranche und Lavater konstruierten als Ursache die sogenannte Blitzwirkung der Idee im Gegensatz zur „räsonierten Furcht", die ungefährlich für die Mutter sei, eine echt rationale Vorstellung.

Daß hinter allen seinen Bemühungen die Furcht vor „Unordnung in der bürgerlichen Gesellschaft" lauert, beweist der letzte Teil. Auch die Politik habe mit der Sittlichkeit in Einklang zu stehen und so bekämpft er die Diktatur mit dem christlichen Herzen, das allerdings nicht gegen den Verstand verstoßen dürfe. Vor allem klingt am Schluß das praktische Bedürfnis nach einer seelischen Therapie durch, die er ganz allgemein im Rahmen der Temperamentbehandlung angibt. Wie leicht sei doch der Sanguiniker, wie schwer der Choleriker heilpädagogisch zu fassen, am schwersten aber bleibe die Leitung des Melancholikers und deshalb sei hier der Arzt gar nicht zu umgehen. Autorität allein nütze nichts; das Bürgerliche dieser Psychologie aber wird am besten getroffen, wenn man den Satz zitiert: „Man muß die Menschen nicht im Staatskleide, sondern im Schlafrocke beobachten, wenn man sie kennen lernen will".

Die medizinische Psychologie dringt vor! Das lehrt jener in dem zu besprechenden Magazin Moritzens am häufigsten genannte Helmstädter Professor Johann Gottlob Krüger im Vorwort zu seiner 1756 erschienenen „Experimentalseelenlehre". Er will den Philosophen, die nicht Ärzte sind, Nachhilfestunden geben und seine oft unbeschwerte, lustige Darstellungsart hat diesem Buch wohl den Erfolg gesichert. Auch hier werden die Muttermäler wieder erörtert. Selbst die Hornhauttrübung eines Kleinkindes erscheint hier als Inkarnat der mütterlichen Einbildungskraft: sie habe sich vor einer vorbeihuschenden Fliege erschreckt. Man staunt, was hier Erfahrung heißt: „Die Seele des Kindes ... bauet sich den

Körper selbst, ob sie schon nicht weiß, daß sie dieses tut. Dieser kleine Baumeister, diese Seele des Kindes gibt bei ihrem Bau auf das beständig acht, was in der Seele der Mutter vorgeht. Hat nun die Mutter eine lebhafte Vorstellung und berühret ihren Körper, so bildet sich die Seele des Kindes ein, sie solle das Bild an den Ort setzen, welcher ihr angewiesen worden und dieser Irrtum macht, daß ihr Gebäude beschimpft wird und verdirbt." Krüger verweist hier auf Leibniz und seine Monaden. Diese nämlich hätten eine Kraft, sich die Welt vorzustellen, aber diese Vorstellungen seien dunkel und keine eigentlichen Gedanken, denn Bewußtsein sei nicht dabei beteiligt. Die Lehre vom Unbewußten wird auch künftig immer wieder von hier aus ihre Berechtigung zu legitimieren suchen.

Krügers im Anhang beigefügte Kasuistik aus der Pathologie ist den Werken Borellis, Pechlins, Tulpius', van Swietens, Hildanus', Platers, Bartholinus', Wepfers und vielen anderen entnommen. Er hat 1765 noch ein eigenes Buch über Träume veröffentlicht. Darin gibt er sich mit der Vorstellung, der Schlaf vermehre die Masse des Nervensaftes nicht zufrieden und erkennt zumindest schon den Charakter des Tagesrestes im Trauminhalt. Es entbehrt nicht der Komik, daß die Lehre von den Monaden bei Krüger offenbar einen solchen Tagesrest repräsentieren, denn sie erscheinen ihm als Flöhe. Sein Rezept, die Sorgen vor dem Einschlafen zu verscheuchen, ist allerdings eine etwas billige Therapie.

Auch von Irwing, der Ur-Berliner, behandelt in seiner Gefühlslehre 1772 den Traum; die Seele wirke auf die feinere Organisation durch erweckte Rührungen, die ehemals verknüpft gewesene Ideen gleichfalls erweckt.

Der Bürger ist zur Selbstbeobachtung erwacht. Die Lehrbücher der Popularphilosophen finden Verbreitung. Die Entdeckung der eigenen Seele ist diesen Protestanten etwas Neues. Sie kennen den Vorgang der Beichtbeziehung nicht und müssen sehr mühselig durch die oftmals einer Hypochondrie Vorschub leistende Eigenbeachtung zur Erfahrungsseelenkunde aufsteigen. Das damit sich entwickelnde praktisch-psychotherapeutische Bedürfnis hat seine Wurzeln in einem religiösen Säkularisierungsprozeß, der in der Aufklärung direkt von der Populartheologie herleitbar wird.

In diese Situation der Zeit trifft nun das Unternehmen unseres Karl Philipp Moritz, ein „Magazin zur Erfahrungsseelenkunde" zu begründen. Die Sehnsucht nach Einzeldarstellungen lag in der Luft; sie wurde nicht immer mit den geschmackvollsten Mitteln des Schrifttums befriedigt. Man denke an jenen Erzähler breiter und seichter Ritter- und Räuberromane Christian Heinrich

Spiess, der 1796 „Biographieen der Wahnsinnigen“ auf die „zartergesinnten Leser“ losließ, die an Billigkeit nichts zu wünschen übrig lassen. „Wahnsinn“ so heißt es in der allzu empfindsamen Vorrede „ist schrecklich, aber noch schrecklicher ist's, daß man so leicht ein Opfer desselben werden kann.“ Fast jeder stehe dann und wann an dieser grauenhaften Grenze und laufe Gefahr, im Wahnsinn zu enden. Und Spiess vermag uns heute schwer von der Echtheit seiner Gesinnung zu überzeugen, wenn er erklärt, seine Biographieen wirkten sozusagen vorbeugend. Denn tatsächlich glaubt er, es stehe in unserer Macht, ähnliches Unglück zu verhindern. So will er mit seinen Kriminalreißern ein sittlicher Warner sein. Horn traut ihm nicht, denn er meint, er sei leider zufrieden gewesen „mit der augenblicklichen precären Celebrität“. Für diese Ansicht sprachen offenbar die Umsätze auf den jeweiligen Buchmessen.

Mit solchen Eintagsfliegen brauchte Moritz sich nicht zu vergleichen. An seinem tiefen Ernst zu zweifeln ist kein Anlaß. War seine geldliche Lage auch noch so schlecht, um des schnöden Mammons wegen ließ er keine Bücher drucken.

Moritz war von dem Zauberwort der Zeit, von der Erfahrungsseelenkunde besessen. Als Lehrer am Grauen Kloster unter Büschings Leitung fühlte er sich wie ein im Material einer Poliklinik versunkener ärztlicher Leiter. Dieser Vergleich ist mehr als nur ein Bild. Das Ärztliche ragt in diesen psychologischen Anbruch stark herein. Oftmals geschah dies allerdings in grob materialistischem Sinne; denn Michael Hissmann war 1777 in seiner Geschichte der Lehre von der Assoziation der Ideen so weit gegangen, daß er Platon und Aristoteles die Vorgänger Lockes genannt hatte und auch der Dichter Simonides hatte nach seiner Meinung vom künstlichen Gedächtnis in ähnlicher Weise gesprochen. Der Hofrat Nudow, ein Arzt in Königsberg hatte 14 Jahre später eine medizinische Seelenlehre veröffentlicht, die er den „philosophischen Ärzten Deutschlands“ zueignete; unter den Namen der Bedachten findet man Baldinger, Zimmermann, Weikard, Platner, Metzger, aber auch Marcus Herz neben den Anatomen Loder und Sömmering. Das Bild von der Anatomie beherrscht jedenfalls die Zielsetzung in der Psychologie. Mit der Zergliederung schien man nun alles machen zu können. Wenn der Mensch will, kann er sich alle Teile seines Körpers bewußt machen, er kann sogar auf sein Herz Einfluß gewinnen. Zwischen willkürlich und unwillkürlich sind nur graduelle Unterschiede, eines kann ins andere verwandelt werden und der Zwischenbegriff der „vermischten Handlungen“ in Gemeinschaft mit dem der so wichtigen Gewohnheit, dem Maine de Biran

1799 eine Preisarbeit in Paris gewidmet hat, wurde zur Patentlösung. Und bei aller Aufmerksamkeit für die Einzelheiten der willkürlichen Handlungen schimmert schon bei diesem Arzt neben anatomisch-physiologischen Interessen die Konzeption eines „philosophischen Teiles“ durch, in dem von „Ganzheit“ die Rede ist.

Moritz also beobachtete seine Schüler: er sah ihnen die Bewegungen ab, er lauerte auf ihre Gesten, er beobachtete ihre Affekte auf seelische Belastungen und begann ein Tagebuch zu führen, in dem diese Einzelheiten genau registriert wurden. Es war eine richtige seelische Krankengeschichte, die er führte. Modelle solcher Aufzeichnungen findet man in Maucharts „Allgemeinem Repertorium für empirische Psychologie“ (1792), das in seiner ganzen Anlage als Fortsetzung jenes Magazins angesehen werden muß, dessen zehnbändigem Inhalt wir uns nun überschauend zuzuwenden haben.

Die Bezeichnung „Magazin“, eigentlich Waffenkammer, also Arsenal bekommt etwa 1731 zeitungsgeschichtliche Bedeutung. In England entstand damals „The Gentlemans Magazine“; vielleicht hat der England-reisende Moritz sich dessen entsonnen. 1747 erschien auch in Hamburg eine Zeitung mit diesem Titel. Moritz wendet sich bezeichnenderweise an „Gelehrte und Ungelehrte“ und sucht die „Unterstützung mehrerer Wahrheitsfreunde“. Ihm schwebt eine Art von Sammelbecken kasuistischer Art vor und er glaubt mit einem vielfältigen Inhalt einen großen geistigen Aktionsradius schlagen zu können. Die Autoren rekrutieren sich neben Pädagogen, Archivaren, Pfarrern auch aus dem Ärztekreis; so finden wir Marcus Herz, Metzger, G. A. Wedekind und den geschäftigen Gerichtsarzt der Berliner Pyl dort wieder. Herz hatte in jener Zeit eine bemerkenswerte Arbeit über den Schwindel geschrieben, in der er das große Grenzgebiet des Leib-Seeleproblems mutig anpackt. Körperliche Leiden, so habe der Zufall mancher Erfahrungen erwiesen, zeitigten seelische Veränderungen, und auf der anderen Seite wisse man, daß ein Freudeaffekt die Gelbsucht günstig beeinflusse. Mead habe berichtet, man könne Wahnsinn durch Wassersucht und Bluthusten heilen, Pechlin berichtete Ähnliches und die Aussprache habe zwischen Conring und Meibom in der Krankheit des einen Kollegen Gutes gestiftet. Dieses Beispiel findet man dann viel später bei Feuchtersleben in der Diätetik der Seele wieder. Was schaffe nicht der Zorn als Therapeutikum; Tissot habe das genau gewußt und berichtet. Die Psychologie müsse in die Medizin hineingetrieben werden. Sie gilt Herz allerdings als Ersatz für eine unproduktive Metaphysik.

Man müsse sich nur, wie beispielsweise beim Schwindel, vom rein Somatischen lösen. Nur so gelange man dazu, das Wesen des Schwindels als Phänomen zu ergründen. Der Schwindel zeige sich dann als Vorstellungsstrom im Zustand der Verwirrung; die Seele befinde sich der Schnelligkeit der Vorstellungen wegen in Unruhe, weil der natürliche Grad der Langsamkeit verändert sei. Nun begännen die Gegenstände zu rasen und alle begleitenden Syndrome seien Folgeerscheinungen, so das muskuläre Unvermögen, das Doppeltsehen, der Ekel, das Erbrechen, die Verdunklung des Sichtvermögens, die Neigung hinzustürzen und schließlich die Ohnmacht. Gerade die höheren Vermögen seien hier gereizt und Boerhave habe unrecht, wenn er nur das Sensorium beschuldige; auch die alte Spirituslehre des Thomas Willis reiche nicht aus. Man habe das Wichtigste bei der Beobachtung übergangen, die Seele. Hier gerade vollziehe sich die fremdartige Veränderung. Eine materialistische Erklärung bleibe unvollkommen. Die aufrechten Netzhautbilder blieben ein Geheimnis ohne die Denkannahme „idealischer Abdrücke“ materieller Ideen. Schon Reimarus sei an diesen Problemen gescheitert.

Es gebe keinen direkten Übergang von der Natur in die Seele. Man muß sich diesen geistigen Steckbrief Herzens vor Augen halten, wenn man ihn in seiner Wirkung als Autor des Moritz'schen Magazins begreifen will. Hier werden ganz neue Töne angeschlagen, die über den biederen Krüger und über Feder, Irwing, Hissmann weit hinausgehen. Hier beginnt die Entdeckung jener Seele, der die Romantiker später ihre Lebensarbeit gewidmet haben.

Moritz geht es um die Beobachtung am Menschen. Sein „Anton Reiser“ war trotz autobiographischen Charakters nichts anderes gewesen. Er verzichtet auf eine apriorische Systematik; er schafft sich ein bewegliches, korrigierbares Bozzetto, in das man Nacheintragungen machen kann. Er will retuschieren können. Und so ergibt es sich von selbst, daß er die Beobachtung des Kranken dem Gesunden vorzieht, weil hier die Störungen markanter sichtbar werden. Seine von Mendelssohn vorgeschlagene Rubrikeneinteilung in Seelennaturkunde, Seelenzeichenkunde, Seelendiätetik — dies Wort Feuchterslebens taucht hier auf — werden zugunsten der Rubrik Seelenkrankheitskunde dünn. Die Belieferung dieser Sparte war am beliebtesten. Er bringt Berichte von Krankengeschichten aus dem täglichen Familienmilieu, er läßt Herz einen selbst erlebten deliranten Zustand bei einer Infektion beschreiben, er sammelt Berichte von schizothymen Käuzen, von depressiven Zuständen

und er bedient sich des Materials von Pyl um Kriminelle darzustellen. Daneben streitet man sich über aktuelle Taubstummenlehrmethoden, die von Heinicke und dem Abbé l'Epée polemisch gestaltet werden.

Bei solchem Reichtum des Materials kann die Ernte nicht ausbleiben. Wir begegnen hier Beschreibungen von Zwangsneurosen, die erst viel später Magnan rubriziert hat. Schilderungen von Sprachstörungen (Aphasie) werden in Zusammenhang mit Theorien über das Stottern gemacht. Manche Erklärung gelangt allerdings nicht über den Rahmen der damaligen Assoziationstheorie Priestleys hinaus. Vieles ist auch unkritisch. Der psychologischen Deutungssucht entsprechend wird oft das endogene Moment übersehen und man erlebt hier die gleichen psychologischen Übertreibungen wieder, die aus der jüngst vergangenen Schule der Individualpsychologen geläufig sind. Das moralische Moment ist unverkennbar. Man will die Leidenschaften wie Krankheiten kurieren können, man will Lessings Spielsucht, Basedows Alkoholexzesse als Lehren verwenden und in manchen Anregungen einer Schocktherapie spiegelt sich schon die Brutalität späterer Reil'scher Kuren.

Ärztliches und Pädagogisches fließen ineinander, denn Moritz ist Schulmann, seine Verbindung mit den Basedow, Wolke und Salzmann wurde gestreift. So finden wir Milieuschilderungen aus dem Halle'schen Waisenhaus mit einer Aufdeckung ihrer psychologischen Schäden und die Forderung des „moralischen Arztes" ist Ausdruck dieses Zeugma. Was Moritz sprachpsychologisch darstellt, eröffnet feinstes Gefühl, und sein Essai über die unpersönlichen Beiwörter, über das „Es" greift weit über die akademische Schullogik hinaus. Nirgends aber bleiben die Betrachtungen rein theoretisch, denn der Schulmann will Leitlinien gewinnen, will Prognosen stellen dürfen, und deshalb dienen auch die vergleichenden Charakterdarstellungen von Jugendlichen solchem praktischen Ziel. Was aber diese Darstellungen so lebendig macht, das ist der Verzicht auf eine Berufssprache, auf eine festgesetzte Terminologie, mit der heutige psychologische Schulen die Differenzierungsmöglichkeit ertöten. Hier gibt es keine fertigen „Komplexe", keine phraseologischen „Minderwertigkeitsgefühle", mit deren Benennung heute schon der Patient den Arzt überfällt. Nirgends waltet die Schablone, alles ist füllig, lebensvoll, erlebt. Selbstverständlich entdeckt man auch die Bedeutung der Graphologie als Künderin vom seelischen Ausdruck.

Von einer Kleinkinderpsychologie ist wenig anzutreffen. Hatte auch Feder auf die Wichtigkeit dieses Gebietes hingewiesen, so

fehlt hier die Beobachtung, und was davon gesagt wird, bleibt angedeutet und unlebendig. Immerhin wird die Wichtigkeit der Kindheitserinnerungen, die gerade im „Anton Reiser“ eine führende Rolle spielen, betont. Kindheitseindrücke müssen ins Bewußtsein zurückgeführt werden, denn gerade sie beeinflussen die Gestaltung des weiteren Lebens. Das weiß niemand so gut wie Moritz. Diese Erlebnisse können richtungweisend werden und so gilt es, den „Vorhang aufzuziehen“ um die Erinnerungen wachzurufen. Der Protestant Moritz weiß nichts von der Aussprache; seine psychologische Erkenntnis ruht auf der Eigenbeobachtung, auf der Selbstversenkung in stillen Stunden und die Forderung des „Erkenne den Nächsten“ ist nicht unmittelbar gewonnen, sie läuft über das „Gnothi sautòn“, das er als Motto über sein Magazin setzt.

So wird auch der Träume gedacht. Man bemerkt, daß sie „Unordnung in den Tag“ bringen, man stellt fest, daß der Inhalt des Traumes als seelische Wirklichkeit nicht vom körperlich bedingten Alpdruck hergeleitet werden kann. Vor allem konstatiert man, daß der Traum oft längst vergessene Lebensmomente erweckt und den Drang hinterläßt, das Geträumte zu verwirklichen. Die Ernsthaftigkeit des Traumes erkennt man daran, daß es gelingt, im Traum Denklösungen zu finden, die im Wachen nicht vollzogen werden konnten. Man weiß etwas von der wunscherfüllenden Tendenz und hier begegnet man wohl erstmalig dem heute so geläufigen Begriff des Verdrängens.

Wir befinden uns hier schon mitten in einem „Sturm und Drang“ der herkömmlichen Psychologie der Zeit. Was in der Romantik zur drängenden, selbstverzehrenden Angelegenheit des eigenen Herzens wird, gestaltet sich hier der Aufklärung entsprechend bedächtiger, ja geradezu entschuldigend. Hatte nicht jener kleine Wundarzt aus Lindau, der im Erfolgsschatten Zimmermanns stehende Dr. Obereit die seltsamsten Tarnungen versuchen müssen, um nicht als „Schwärmer“ verschrieen zu werden. Ganz ähnlich ist es um den Modeschriftsteller Pockels bestellt, der im Magazin seine Ansichten über den Traum zu Papier bringt. Alle diese Neuheiten der Sicht sind hinter aufklärerischem Stil versteckt, sie treten nicht offen ans Tageslicht und ihren Feststellungen folgen sogleich vorsichtige Einschränkungen. Eigentlich sei man ja gegen eine anzunehmende „geheime Bedeutsamkeit der Träume“, gegen eine etwa „durch sie erworbene Inspiration“, aber dennoch müsse man zugeben, daß der Traum zu den Naturphänomenen gehöre. Pockels erfaßte immer mit sicherem Griff, was das Leserpublikum interessierte und er vermied scharfe Konturierungen zugunsten einer gefälligen Mittel-

straße. Davon zeugen seine behutsamen bürgerlichen Ansichten über die emanzipatorische Bewegung der Frau als „Blaustrumpf", ahnt er doch vielleicht schon, welche musagestische Rolle die am späteren Androgynenproblem geschulte Frau in der Romantik spielen sollte.

Und so schränkt er seine Vorliebe für den Traum immer wieder ein: er sei der Schnelligkeit der Bilderfolge wegen urteilsschwach und die nicht hoch zu bewertende niedere Einbildungskraft habe zu großen Einfluß auf das Geschehen. Aber andererseits werden die berühmten „dunklen Vorstellungen" Leibnizens, deren Verwendung man in den damaligen Lehrbüchern immer wieder begegnet, benutzt, um darzutun, daß gerade sie im Traum ins Helle gebracht würden. Pockels bemerkt auch das Phänomen des Umschlagens in Gegensätze und während er diese Tatsache rein körperlich zu deuten bemüht ist, spricht er gleichzeitig von der Möglichkeit einer verborgenen Gesetzlichkeit, da das Gegensätzliche oft näher stehe als das Ähnliche.

Aber Pockels entdeckt noch mehr. Hatte man zumeist die Aufmerksamkeit auf die Ideen gerichtet, so betrachtet er nun den Affekt der die Ideen herbeiführt und hier bemerkt es das Seltsame, daß diese so wenig mit der Moral in Einklang zu bringen sind. Das war schon bei Schilderung von Zwangssymptomen zur vorläufigen Notiz gelangt. Jetzt aber fallen die moralischen Bedenken, man scheut nicht mehr die Verletzung bürgerlicher Wohlanständigkeit und so bekennt der Autor Vieweg in einem Bande des Magazins ohne falsche Scham, er habe oftmals den unwiderstehlichen Zwangsgedanken, er müsse seinen geliebten Bruder erdolchen, so daß er sich vor dem harmlosen Federmesser auf dem Schreibtisch ängstige. „Wie kam dieser Mordgedanke in meine Seele" sinnt Vieweg nach, „welche Sonderbarkeit und Neuheit". Und er untersucht sein früheres Leben, er achtet auf Furchterlebnisse in der Kindheit, die vielleicht den zartesten Keim eines solchen Gedankens enthalten könnten. Wie bekam die Idee ihre jetzige Wirksamkeit? Es gibt in der Natur keine Sprünge. Vieweg deduziert: „Diese Energie der Seele erweckte vielleicht eine alte schlummernde Idee". Und er geht den Dingen auf die Spur: er entsinnt sich deutlich des Erlebnisses, das er beim Zusehen des Schlachtens in der Kindheit hatte. Weiter gelangt er nicht, aber sein Vorschlag, solche Erlebnisse moralinfrei zu untersuchen, kann man als die Geburtsstunde des „Komplexes" buchen. Vieweg nannt dies die „Gewalt der unwillkürlichen Ideen"; seine Entdeckung gehört in die Geschichte der überwertigen und autochthonen Ideen. Und schon im

nächsten Magazinband erörtert man die Möglichkeit heilsamer Krisen, die bekanntlich Mesmer in seinem magnetischen Schlaf erzielen wollte.

Was die seelische Therapie anlangt, so bewegt man sich in Gedanken Rousseaus: Die Natur ist gut, sie heilt, sie hat eine wunderbare Wirkung. Bald wird Kant kommen und er wird die gewaltige Spannung zwischen Objekt und Subjekt aufrollen und den ganzen Prozeß in der Reflexion des eigenen Ich zurückschlingen. Denn auch die Kontinuität dieses bleibenden Ich im Strom der Veränderungen wird von den Magazinautoren gefunden. Aber wie ist dieses Wesen des Ich zu fassen? In naiver Weise hört man, wie sich jemand an Mensch und Tier drängen will, um seine Aura zu spüren. Das alles ist Sturm und Drang in der deutschen Psychologie.

An Husserl aber gemahnen die skeptischen Bemerkungen über die alte Zeichenlehre. Es gebe Gedanken, die zwar nicht formulierbar seien, aber dennoch schon da seien. Der alte Geßner habe im Kolleg durchaus nicht auf das Wort „Pimpinelle“ kommen können, obzwar es ihm deutlich vor Augen gestanden. Die Zeit der engen Begrenztheit des Zeichens im Gefilde mathematischen Interesses, wie Leibniz noch lehrte, ist vorbei. Vom Abstrakten drängt man zum anschaulich Konkreten. Semiologik ist eine medizinische Disziplin und so wird aus dem nur ontologisch tradierten Zeichen das Anzeichen, wie man es aus der Wetterkunde und Krankheitskunde kennt. Die Zeichenlehre wird von den Psychologen übernommen, sie gerät in die Betrachtung eines Flögel, Winkler, Baumeister, Darjes und nicht zuletzt in die des Johann Christian Hoffbauer, der als Psychiater eine psychologische Formulierung des Zeichens, bevorzugt. Das alles sind Vorboten jener Sprachphilosophie, die ein Erwachen des Sprachverständnisses bedeutet, wie es dann Hamann mit seinem Kampf gegen den Köhlerglauben an gewisse Zeichen vorwärts trieb, bis durch Vermittlung Tetens' Herder aus der Zeichenlehre eine Sprachpsychologie entwickelt.

Im Verlaufe des Erscheinens dieser Magazinbände wurde Moritz immer unsichtbarer. Krankheiten, seelische Leiden, denen die Italienreise folgte, verhinderten die Durchführung einer straffen Schriftleitung; er war überhaupt so wenig geeignet, infolge seiner anlagemäßigen Passivität irgendwo die Zügel in der Hand zu behalten. Und so regierte Pockels im Redaktionsbüro und schrieb mit emsigem Fleiß einen großen Teil der Beiträge und Randbemerkungen zu den Originalaufsätzen. Damit wurde aber die alte mathematisierende Vorstellung in der Psychologie im Sinne der Aufklärung über Gebühr hervorgehoben. Für Moritz jedoch, der

durch die Schule seines Meisters Goethe in Italien ging, lag das Aufklärertum schon in längst vergessener Ferne. Er hatte eine neue Welt gesehen. Aus dieser Entfernung mißfiel ihm die Handhabung der Magazinredigierung mit ihrem aufdringlich vernünftigen Ablehnen der Problematik. Er wollte kein Propagandainstrument gegen Schwärmerei, kein Aufklärungswerkzeug gegen Mystik und Ahndungen. Er sah den Grundsatz der Gefahr, den er seinen Lesern im ersten Band klar gelegt hatte und wandte sich gegen das Vernünfteln und Moralisieren. So kam es zwischen ihm und Pockels zur Auseinandersetzung und der beliebte Damenschreiber kündigte ihm die Mitarbeit, um ein eigenes Arbeitsgebiet zu übernehmen. Er gab „Fragmente zur Kenntnis und Belehrung des menschlichen Herzens“ in einer Sammlung 1788 heraus und ließ „Denkwürdigkeiten zur Bereicherung der Erfahrungsseelenlehre und Charakterkunde“ 1794 als Lesebuch für Gelehrte und Ungelehrte folgen. Hier finden wir den gleichen Stil wieder, der in Moritzens Magazin geherrscht hatte; hier kann er gegen übertriebene Religiösität der Betschwestern, gegen Blaustrumpfigkeit und Empfindsamkeit wettern, während er dazwischen 1792 seine bekannten „Briefe über die Weiber“ veröffentlicht, in denen er ihnen Philosophiefähigkeit und selbständiges Denken abspricht. Es ist ein freundlich plätscherndes Geplauder, das nie verletzend wirkt und inhaltlich auf der Stelle tritt.

Moritz wollte wieder selber der Herr sein. Aber wie schlecht stand ihm das an. Immer mehr begann er zu hüsteln, immer häufiger wurden die Blutungen und so mußte er selber erleben, welche Abhängigkeit die Seele vom dahinschwindenden Leib dennoch hat.

Eine große Selbständigkeit des Schriftleiters ist also in den letzten Bänden nicht zu spüren, wenn Moritz auch in den sogenannten „Revisionen der Revisionen“ zunächst streitbar das Wort ergreift, um das Steuer zum eigenen Kurs zurückzuwerfen. Aber es zeigt sich eine neue Mitarbeiterschaft, deren Beiträge sehr kennzeichnend sind. Man bemerkt das wachsende Interesse an der Auseinandersetzung mit Kant, von dem die Zeit sich den Mentor erhofft hatte. War doch Kant in seiner vorkritischen Zeit durchaus nicht psychologiefeindlich gewesen und hatte sich noch in seiner Dissertation eng an Tetens angelehnt. Lavater war in Erwartung der Kant'schen Vernunftkritik in der Hoffnung so weit gegangen, daß er an den Königsberger Philosophen brieflich die Anfrage richtete, ob nicht auch er die Beobachtung am Menschen für das Wichtigste halte. Man glaubte also, mit der Kritik der reinen Vernunft, das Arsenal der Erfahrungsseelenkunde aufzufüllen. Und

als dann das große Werk erschien, war Lavater enttäuscht. Er las es nur pflichtgemäß, um sein „Einmaleins“ zu vervollständigen, wie er sich ausdrückte. Erst später hat er durch Vermittlung Baggesens, des Schillerfreundes, den Umweg über den Kant-Deuter Reinhold in Jena genommen, um sich nochmals der Vernunftkritik zu nähern. Also nicht nur die eigentliche Romantik war von Kant enttäuscht und sah in Schellings Naturphilosophie ihren eigentlichen Verkünder; auch die Sturmunddrang-Psychologie verschloß ihr Ohr dem Transzendentalismus. Es scheint, als würden diese Kleinen der Zeit zwischen den Giganten Leibniz und Newton zermalmt. Es ist die Spanne der „neuern Herren Mechanicker und alten Wolffianer“, die sich immer mehr hier zeigt. Der kleine Wundarzt aus Lindau, Herr Obereit hatte das Kampfthema in einem Angriff auf den Ritter von Zimmermann dank seiner sehr eingehenden philosophischen Materialkenntnis schon 1775 deutlich angesagt. Die Mechanisierung schien dem Chirurgus — und er war eben mehr als nur ein Chirurgus — bedenklich zu sein und er rechnet selbst Bonnet zu den Mechanisten. Er will den unverwässerten Leibniz vor den unheimlichen Schülern der Aufklärung gerade gegen diesen Bonnet einsetzen und damit den billigen Deismus stürzen. Das konnte, wie erst kürzlich eingehend erwiesen wurde, nur durch eine Rettung der Monadologie geschehen. Hatte aber, wie man in der Zeichenlehre schon sah, das Bestreben bestanden, sich vom rein ontologischen Tradierungsstandpunkt in der Richtung auf das Einzelne zu lösen, so war gerade der thesosophische Christ Obereit imstande, die Ontologie Leibnizens mit dem psychologischen Gesichtspunkt zu verknüpfen. Somit bezog er nach eigenen Worten jeglichen Gegenstand der Erfahrung auf den Tatbestand des Ich.

Allerdings war Obereits Tat weniger eine Vermittlung zwischen den beiden „Riesen“ als eine seinem okkulten Interesse entgegenkommende theosophische Rettung durch die Monadologie. Und hier stößt Obereit zu Lavater, der gerade in Moritzens Magazin besonders in der Pockels-Ära wenig freundlich behandelt worden war. Obereit selbst aber fand ebenfalls Eingang zum Magazin und seine Polemik gegen und für Kant spielt sich nun gerade auf diesem Boden ab, der eigentlich nicht gewohnt war, solche tiefgründigen Erörterungen zu stützen. Sieben mal kämpfte Obereit im Schutze der Ideen Lamberts gegen den Königsberger Philosophen, bis er 1792 als alter Mann sich dem großen Geist der Transzendentalphilosophie widerufend unterwirft.

Und wieder soll der Kant-Vereinfacher Reinhold einen neuen

Schüler erhalten, der auch diese begeisterte Bekehrung leiten wird. Wir können den sehr interessanten Einzelheiten dieses philosophischen Kampfes hier nicht folgen, wir haben aber zu notieren, daß auch für diese Auseinandersetzung das Magazin zum Paukboden wurde. Es ist schwer zu sagen, ob Moritz das bewußt' intendiert hat. Mag auch viel Zufall dabei mitgesprochen haben, für die Geistesgeschichte bleibt das Faktum eine wichtige Angelegenheit.

Nicht weniger wichtig ist auch das Auftreten Maimons auf diesem Plan. Er gehört mit seinen mathematischen Interessen sicherlich zu den überragendsten Kant-Kritikern. Kants Auseinanderreißen von Sinnlichkeit und Verstand als „zwei ganz verschiedenen Quellen unserer Erkenntnis" hatte zu schweren Konflikten führen müssen; das Wahrheitsproblem war gefährdet. Die Sinnlichkeit mußte auch im unendlichen Wesen selbst ihren Grund haben und nicht nur in den Menschen. Kant hatte nur die Unterscheidung gekannt, nicht die Möglichkeit der Identität erwogen, die dann in Hegel kulminierte. Maimon hatte den Finger in diese Wunde gelegt. Er hatte dann versucht, die Frage in einer Differentialen-Theorie zu lösen.

Trotz des ungemein schwierigen Verständnisses, das Maimon dem Leser auferlegt, dringt auch er in die Erfahrungsseelenkunde. Das bezeugt die Auseinandersetzung, die Mauchart in seinem Repertorium über die Frage nach dem Sitz des Wahnsinns macht. Er kommt zum Ergebnis, daß der Wahnsinn den Verstand überhaupt nicht angreifen könne, da Maimon ausdrücklich bemerkt habe, die höheren Seelenkräfte seien überhaupt nicht Objekt einer Seelenarzneikunde. Sie seien an sich gar keiner Veränderung unterworfen. Und Mauchart zitiert aus Moritzens Magazin den Autor Goens, der den Wansinn nur in der Sphäre der Einbildungskraft anerkennt und ihn daher für ein protrahiertes Delir erklärt. Jeder Wahnsinn, so wird mit einem deutlichen Kurzschluß gezeigt, ähnele der Alkoholvergiftung und dem Traum. Daraus ergibt sich die Therapie, die man mit der „Erweckung" gleichsetzt. Keine Psychiatrie ohne eine Schlaf- oder Traumkenntnis! In diesem Traum nämlich wird auch der Verstand nicht „verrückt", denn Reinhold habe seine Deduktionen der Kategorieen im Traume gefunden. Der Sitz des Wahnsinns ist nicht im Verstand. Gefäßverstopfungen im Hirn, Polypen seien oftmals der Grund; das sei die körperliche Seite. Der Wahnsinnige selbst aber mache richtige Schlüsse, nur seine Prämissen seien falsch. Noch niemals habe ein Geisteskranker den logischen Schluß aufgestellt: „Ich bin gesund, darum muß man

mich einsperren". Nur solcher Schluß wäre Ausdruck geschädigten Verstandes. Es gebe allzu fixe und zu flüchtige Phantasie und bei dieser komme der Verstand erst gar nicht zur Wirkung, in potentia aber sei er vorhanden. Der Sitz des Wahnsinns ist das Gedächtnis und die Einbildungskraft, weil zwischen beiden ein reziprokes Verhältnis waltet. Das sei auch in der Therapie erweisbar, denn niemand könne einen Geisteskranken durch Überredung heilen, weil eben der Verstand gar nicht leide. Nur die Ablenkung der Einbildungskraft könne der Angelpunkt einer psychotherapeutischen Handlung werden.

Wie dem auch sei: der Kantische Erfahrungsbegriff war diesen Psychologen zu dürftig, Kants Philosophie war zu stark an Newton ausgerichtet. Die Psychologen wollten mit ihrer betonten Erfahrung mehr vom eigentlichen Leben wissen und die Welt der dunklen Vorstellungen trieb sie eher auf die Seite Leibnizens als auf die der Transzendentalphilosophie. Das war auch die Schwierigkeit gewesen, die Kant Goethe bot, der sich immer wieder besonders und bezeichnenderweise mit der Kritik der Urteilskraft beschäftigt hatte. Zwei ganz verschiedene Denkformen konnten hier nie zueinander gelangen. Der eine sah die Aktivität des Geistes in der kategorialen Form, der andere im lebendigen Tun: „es will immer getan sein". Anschauliche Phänomene waren für ihn letzten Endes Hülsen, wenn sie zu Begriffen wurden. Goethe hielt sich an Heinroths „Gegenständlichkeit des Denkens" und ihm bleibt der Begriff nur Summe, Idee aber Resultat der Erfahrung. Die Erfahrungsbegriffe beider waren grundverschieden.

Moritz hatte von diesem Meister viel gelernt und wenn er auch im Magazin nur wenig als Autor in Erscheinung tritt, so hat er das große Verdienst, die Arena für den damaligen Geisteskampf abzugeben und eine aufklärerische Verflachung zu verhindern. Wir lernen durch ihn diese „Kleinen" schätzen, die etwas davon ahnten, was sich bald abzeichnen sollte. Es ist das Vorgefühl der romantischen Seele, das hier aus den Beiträgen spricht, es ist das Aufgeben einer zu errechnenden Seele, es ist die Rettung des metaphysischen Gehalts, die eng mit der Religiosität zusammengeht, es ist Ausdruck eines Sturm und Dranges in der deutschen Psychologie, der vielleicht bisher zu wenig Beachtung fand, weil man es für lohnender hielt, die Großen zu betrachten. Eine Beschäftigung mit dem Magazin stattet so den Kleinen zugleich einen Dank ab, den sie verdienen.

Schrifttum und Erläuterungen

Für *Karl Philipp Moritz* war maßgebend die von *Eybisch* im Inselverlag herausgegebene Ausgabe des „Anton Reiser". Ein Neudruck des Romans wurde von *L. Geiger* besorgt, cf. Dt. Literaturdenkmale 1886, Nr. 23. Ferner wurde benutzt die Fortsetzung dieses Romans „Andreas Hartkopf", Berlin 1786 und „Hartknopfs Predigerjahre" Berlin 1790. — *Robert Minder* schrieb 1936 bei Junker u. Dünnhaupt in Bd. 28 des Neuen Forschungen: „Die religiöse Entwicklung von K. Ph. Moritz". Diese sehr eingehende und wertvolle Arbeit beruht auf genauer Analyse der autobiographischen Dokumente in den genannten Romanen sowie Briefen, die *Klischnig* herausgegeben hat. Sie enthält literarhistorisches Material. Wichtig ist von *Eybisch:* „Probefahrten", herausgegeben von *A. Köster*, Lpz. 1909; es handelt sich um eine Kritik der Autobiographie Moritzens. Von Bedeutung sind auch „Tagebuchblätter und Blätter für Herz und Geist" in der Abt. Varnhagen der Handschriftensaal-Sammlung der Berl. Staats-Bibliothek. — Eine rassenpsychologische Untersuchung im Sinne der Schule von Clauss wurde von *Doris Köhler*-Berlin über Moritz angestellt. Die Arbeit befindet sich z. Zt. in Druck bei Triltsch-Würzburg und hat auf unsere Untersuchung keinen Einfluß gehabt. — Grundlegend war die Benutzung des Magazins zur Erfahrungsseelenkunde, das mit Heft 1, 1783 beginnt; es erschien beim bekannten Verleger Mylius in Berlin und umfaßt 10 Bände, die zeitweise mit *Pockels*, dann mit *Maimon* zusammen herausgegeben worden sind. Ferner wurden sämtliche Stellen in *Goethes* Werken (Weimarer Ausgabe) herangezogen, die sich mit Moritz beschäftigen. Von großer Bedeutung ist die Dissertation über Moritz von *Max Dessoir*, die sich mit der Ästhetik beschäftigt. Berlin, C. Dunkers 1889. — Die geistige Situation der pietistischen Unterströmungen findet man in meinem Buch: „Der göttliche Stab des Äskulap", 1938 bei O. Müller im Abschnitt „Der Bruch". Maßgebend war hier auch *Diltheys* Lessing-Abschnitt in „Das Erlebnis und die Dichtung". Cf. hierzu *H. Maier*: „An de- Grenze der Philosophie", Tübingen 1909 (Abschnitt Lavater). — Das Büsching-Zitat entstammt: Prüfungen der Gymnasiasten und Schüler etc. Berlin 1779 in der Eisfeldischen Buchdruckerei. Über den Zimmermann-Kotzebue-Skandal orientiert *Leibbrand*, Psychiatr.-neur. Wschr. 1934, Nr. 13. — Zu Charles Bonnet cf. *Joh. Speck:* Bonnets Einwirkung auf die Dt. Psychologie des vorigen Jahrhunderts, Arch. Gesch. Phil. X, 3 (1897). Hauptsächlich benutzt wurde: „Essai analytique sur les facultés de l'âme" 1760. Cf. auch M. Offner: „Die Psychologie Bonnets" 1893. — *Johann Georg Feders* 4 Teile enthaltendes Werk wurde in der Ausgabe von 1785 bei Meyer benutzt. 1786 erschien *Joh. Eberhards* „Allg. Theorie d. Denkens und Empfindens", eine Schrift, die den schon 1776 unter Sulzer ausgesetzten Akademiepreis erhalten hat. — *Johann Jottlieb Krüger* schrieb 1756 eine Experimentalseelenlehre. Exemplare befinden sich meines Wissens nur in Greifswald, Halle und Königsberg; ich benutzte das Greifswalder Exemplar. Sein Buch über die Träume (3. Aufl. 1765 bei Hemmerde) befindet sich in der Berl. Staats-Bibliothek. — *Ch. H. Spieß*, „Biographien der Wahnsinnigen", Lpz. 1796 sind in meinem Besitz. Das Exemplar stammt aus *H. Laehrs* Nachlaß. — Die Werke von *Maine de Biran* sind 1920 von *Pierre Tisserand* neu herausgegeben. — Über *Obereits* Kampf orientiert Bd. 83—85 der Sammlung: „Die Schweiz im Dt. Geistesleben", 1937. — *C. F. Pockels* schrieb 1788: „Fragmente zur Kenntnis und Belehrung des menschlichen Herzens" und 1794 „Denkwürdigkeiten zur Bereicherung der Erfahrungsseelenlehre und Charakterkunde". Ein Lese-

buch für Gelehrte und Ungelehrte. — 1792 erschienen von *Pockels* „Briefe über die Weiber" bei *Ritscher* in Hannover. Eine gewisse Würdigung Pockels findet man in *Fritz Gieses* „Der romantische Charakter" (Langensalza 1919). — Über die Zeichenlehre hat *Werner Röder* 1927 eine aufschlußreiche Dissertation gemacht (Berlin bei Fürst und Sohn). — *I. D. Mauchert* ließ 1792 bei Felsecker ein „Allgemeines Repertorium für empirische Psychologie und verwandte Wissenschaft" erscheinen. Der Inhalt dieser 4 Bände ist hier berücksichtigt. — Wichtig sind *Fr. von Irwings* „Erfahrungen und Untersuchungen über den Menschen" Berlin 1772, ferner *Michael Hißmann:* „Gesch. der Lehre von der Assoziation der Ideen nebst Anhang vom Unterschied unter assoziativen und zusammengesetzten Begriffen und den Ideenreyen". Göttingen 1777. — Von Bedeutung ist *Marcus Herz*' „Versuch über den Schwindel". Berlin 1786 bei Chr. F. Voß u. Sohn. Cf. ferner *Platners* philosophische Schriften. — Die Angaben des Schrifttums beanspruchen im Rahmen einer Zeitschriftarbeit keine Vollständigkeit; sie sollen nur grundsätzlich hinweisend sein. Dies scheint besonders darum angebracht zu sein, weil *P. Diepgens Aschoff*-Vorlesung (Freiburg 1941) über „Vorromantische Medizin" in ihrem psychiatrischen Teil nur ganz allgemeine Angaben macht, aus denen ersichtlich ist, daß ihm das hier geschilderte Material noch fremd ist. Die Drucklegung des Prolegomenon in „Nervenarzt" (Januar-Heft 1941) war zur Zeit der *Aschoff*-Vorlesung noch nicht bekannt. — Der verstorbene *Fritz Giese* zählt im 1. Kapitel seines Buches über den romantischen Charakter unter Nr. 24 eine eigene Arbeit über die Autoren des Moritzschen Magazins auf und benennt das Werk: „Psychologische Beiträge II", Langensalza 1919. Ich habe mir vergeblich Mühe gegeben, diese Arbeit ausfindig zu machen; eine Anschrift an den Verlag Wendt und Klauwell blieb unbeantwortet.

Werden und Wesen der experimentellen Typenpsychologie

Ein Übersichtsbericht

Von

W. Enke

(Aus der Anhaltischen Nervenklinik in Bernburg.
Direktor: Prof. Dr. *W. Enke*)

Als man vor etwa einem Jahrzehnt allenthalben von einer „Krise" der Wissenschaften sprach, war man sich infolge des Mangels an Abstand offenbar nicht klar darüber, daß die „Entscheidung" schon gefallen war. Die zu diesem Zeitpunkt einzig mögliche: die Wendung zur Synthese, zur Zusammenschau und zum Zusammenbau, nachdem das voraufgegangene Jahrhundert, besonders in seiner zweiten Hälfte, in großartiger Entdeckertätigkeit und aufopfernder Arbeitsleistung der Forscher eine für den Einzelnen kaum mehr übersehbare Fülle von Bausteinen geliefert und zum Teil auch schon zurecht gehämmert hatte. Einem philosophischen Zeitalter war ein naturwissenschaftliches gefolgt. Als Aufgabe unserer Zeit erwies es sich nun, die Naturwissenschaft mit ihrer Tatsachenfülle zur Philosophie, der „Königin der Wissenschaften" (*A. Bier*) zurückzuführen, sie zur Selbstbesinnung zu bringen, ohne die alle Einzelerkenntnisse wieder auseinanderfallen, um schließlich in der Isoliertheit wertlos zu werden, unbrauchbar für den erstrebten Fortschritt menschlichen Geisteslebens. Die besondere Art der im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts gewonnenen Entdeckungen und Erkenntnisse brachte es mit sich, daß die notwendig gewordene Synthese sich in einem neuen Aufblühen der Wissenschaft vom **Leben**, der Biologie oder Lebenskunde, anbahnte.

Im Sinne der Naturwissenschaft, aus deren Geist unsere Zeit das nächstliegende Erbe empfangen hat, war die Medizin die einzige lebenskundliche Wissenschaft vom Menschen; sie arbeitete mit exakten, experimentellen Methoden, deren Ergebnisse infolge ihrer Meß-, Wäg- und Zählbarkeit weitgehend nachprüfbar und deren Wirkungen, im Gegensatz zu den Resultaten rein theoretischer Wissenschaftszweige, von den Vorgängen des lebendigen Lebens bis zu einem hohen Grade

ablesbar waren. So kam es, daß unter den neu entstehenden Synthesen diejenigen eine besonders große Durchschlagskraft entfalteten, die auf dieser, unserem heutigen Denken unentbehrlichen Grundlage aufbauten: angefangen mit den psychophysischen Typen der modernen französischen Forscher (*Sigaud* u. a.) über die biologischen Körperbautypen, die die beginnende Blutdrüsenforschung brachte, zu den zahlreichen und z. T. fruchtbringenden Typologien, die aus den Erkenntnissen und Entwicklungsbedürfnissen der inneren Klinik und der Nerven- und Sinnesphysiologie erwuchsen, und schließlich zu der Körperbau-Charakterforschung von *E. Kretschmer* und allen weiteren, mit ihr z. T. verwandten, z. T. sich eng an sie anlehnenden oder erst aus ihr heraus geborenen Typologien mit medizinisch-biologischer Grundeinstellung (*C. G. Jung, Ewald, Pfahler* u. a.). — Ihnen gegenüber stehen die philosophisch begründeten Charaktersysteme, deren bedeutendste von *L. Klages* und *E. Spranger* geschaffen wurden. An dieser Stelle näher auf sie einzugehen, verbietet der umschriebene Zweck unserer Arbeit. Nur so viel sei gesagt, daß die — trotz aller Bedürfnisse nach Synthese noch immer vorhandene — Kluft zwischen Natur- und Geisteswissenschaft bei einer Gegenüberstellung dieser philosophischen und jener naturwissenschaftlichen Typologien überaus deutlich wird; selbst die „Ausdruckslehre", insbesondere die Graphologie von *Klages,* die sich am ehesten der experimentellen Methodik nähern könnte, vermag sie mangels einer konsequenten Durchführung naturwissenschaftlich exakten Forschens nicht völlig zu überbrücken. Zu dieser Synthese, zwischen Geistes- und Naturwissenschaft, deren Verwirklichung nicht unmöglich, aber notwendig für den geistigen Fortschritt ist, wird es noch vieler Arbeit und Bemühung von beiden Seiten bedrüfen.

Es ist unumgänglich, diese kurze geschichtliche Rückschau zu halten, wenn man Wesen und Wert einer heute von neuem angewandten wissenschaftlichen Methodik verstehen will. „Von neuem angewandt" wird die Experimentalpsychologie, die ein Schmerzenskind des ausgehenden technisch-naturwissenschaftlichen Jahrhunderts war. Sie empfing ihre Fragestellungen damals teils von der philosophisch-theoretischen Psychologie, teils von der Sinnesphysiologie. Aber: „jede Wissenschaft erhält genau Antworten von der Art, wie sie ihr begrifflicher Ansatz in das Material hineinfragt" (*E. Spranger*). Die damalige Experimentalpsychologie fragte nach einzelnen seelischen Erscheinungsformen (Elementen) oder Reaktionen, ja in der Hauptsache sogar nur nach einzelnen Bestandteilen derselben, die meist sinnes- oder nervenphysiologisch zu erklären waren (z. B. Art der Nachbilder, Reaktionszeiten auf verschiedene Reize, Maße der Ermüdbarkeit bei verschiedener Ar-

beitsleistung u. dergl. m.), ohne sie zur Gesamtpersönlichkeit in Beziehung zu setzen. Naturgemäß konnte daraus im besten Falle nur ein Gewinn für die theoretische Psychologie oder die Physiologie entspringen, nicht aber für die Biologie, geschweige denn für eine praktisch anwendbare Psychologie des Menschen. Trotz aller Bemühungen verlief die damalige Experimentalpsychologie mangels fruchtbarer Fragestellungen im Sande, und die heute noch gegen jede experimentalpsychologische Forschung bestehenden Vorurteile gründen sich zum Teil auf die Erinnerung an jenes Versagen. Erst nach der Schaffung der großen biologischen Synthesen ergaben sich aus diesen heraus wieder Ansatzpunkte und Fragestellungen, die sowohl wissenschaftlich-theoretisch wie praktisch-lebenskundlich lohnend waren, weil die Blickrichtung auf das Ganze — des Lebens, des Menschen, der Persönlichkeit — gewahrt blieb.

In erster Linie war es die *Kretschmer*sche Körperbau-Charakterforschung, von der die Experimentalpsychologie wieder neu ins Leben gerufen wurde; einmal, weil diese Lehre unter den genannten biologischen Synthesen die exaktesten naturwissenschaftlichen Grundlagen besitzt, und weil sie andererseits infolge der Mehrdimensionalität ihrer Forschungsweise den größten Spielraum für verschieden geartetes methodisches Vorgehen bietet. Beide Vorzüge der *Kretzmer*schen Forschung müssen auch heute noch, nachdem sie sich in ihren Grundlinien längst durchgesetzt hat, gegenüber zwar veralteten, aber immer wiederholten Einwänden hervorgehoben werden. Wenn man einst dieser Lehre vorwarf, es sei zu viel bloße Intuition, ja „Dichtung" darin, so übersah man, welche genauen und sorgfältig gewonnenen anthropometrischen Grundlagen die Intuition der Typen unterbauten: und wollte man heute noch diesen Einwand erheben, so müßte man das ganze, inzwischen recht stattlich gewordene Gebäude der experimentellen Typenpsychologie wegleugnen, was nicht mehr gut angängig ist. Der andere Vorwurf aber, der in monotoner Weise immer wiederholt wird: die *Kretschmer*sche Typenlehre presse die Vielfalt menschlicher Erscheinungsformen in ein starres Schema zweier polarer Gegensätze, konnte und kann eigentlich nur von denen erhoben werden, die sich nicht die Mühe genommen haben, auch nur etwas tiefer in die *Kretschmer*sche Forschung einzudringen. Man würde es gern für überflüssig halten, immer erneut darauf hinzuweisen, daß der menschliche Geist der Ordnungsversuche, der Typologisierung, nun einmal bedarf, um sich in der Fülle der ihm erscheinenden Erfahrungstatsachen orientieren zu können. Es kommt hinsichtlich der Fruchtbarkeit einer Typologie nur eben darauf an, wie weit der Spielraum ist, den sie zur Gewinnung und Einbeziehung neuer Erkenntnisse offen läßt. In dieser

Beziehung ist die *Kretschmer*sche Typenlehre wohl kaum zu übertreffen. Die schon erwähnte „Mehrdimensionalität" ihrer Forschungsweise, die sich in ihren vielfältigen — z. B. anthropometrischen, endokrinologischen, blutchemischen und pharmakodynamischen, nervenphysiologischen und experimentalpsychologischen Einsatzpunkten kundtut, wird von der Mehrdimensionalität ihrer Ergebnisse belohnt. Die hierauf in erster Linie beruhende Fruchtbarkeit der Lehre für Wissenschaft und Leben, insbesondere für die Heilkunde, die praktisch-psychologische Menschenführung und die Erbforschung, hat sich allen Einwänden zum Trotz bereits erwiesen. Der leider sogar von Fachleuten heute noch oft wiederholte Versuch, die *Kretschmer*sche Lehre von den Körperbau-Charaktertypen in Mißkredit zu bringen, weil sie nicht von gesunden, sondern von kranken Persönlichkeiten hergeleitet sei, ist allerdings kaum zu begreifen. Denn wo bleibt das biologische, das ganzheitliche Denken, wenn man nicht Gesundheit und Krankheit forschend zusammen sieht? Für den Forscher ist „der kranke Mensch ... der Gegenspieler des gesunden, und beide zusammengesehen sind erst der Mensch" (*M. Dorer*). Es kommt nicht in erster Linie darauf an, wo ich mit meiner Fragestellung einsetze, sondern wie ich einsetze. Es dürfte genügen, auf diese eine Grundregel wissenschaftlicher Forschung hinzuweisen, um für den Klardenkenden jene überalterten Einwände zu entkräften.

Ein gleiches gilt hinsichtlich der Einwände, die gegen die experimentelle Methodik in der Psychologie erhoben werden. Wie wir oben zeigten, mußte diese zwangsläufig solange unfruchtbar bleiben, als sie der auf das Ganze der Persönlichkeit gerichteten Fragestellungen entbehrte. Mit der ganzheitlichen Erfassung der Körper-Seele-Einheit Mensch, wie sie die biologisch begründete Charakterlehre von *Kretschmer* brachte, ergaben sich augenblicklich neue Fragen. Der synthetischen Schau mußte, wie es naturgesetzlich nicht anders möglich ist, sogleich wieder die analysierende Feinarbeit folgen, zum Zwecke der Bestätigung oder auch der Korrektur. Was jetzt aber untersucht oder gesucht werden sollte, waren nicht zusammenhanglose Einzelerscheinungen, sondern die Bau-, ja die Grundsteine des großen Gebäudes in ihrem Gefüge, ihrem sinnvollen Bezuge zum Ganzen. Die Frage lautete: wie sehen die Grundfaktoren aus, auf denen sich die Persönlichkeit bis zu ihren feinsten und letzten körperlich-seelischen Erscheinungsformen hin aufbaut? Und wie kann man zu diesen Grundlagen hingelangen?

Hierfür bot sich die experimentalpsychologische Forschung als ein gangbarer Weg an; allerdings nicht nur in Fragestellung und Blickrichtung gegenüber den früheren Jahrzehnten ihres Einsatzes ver-

ändert, sondern entsprechend auch umgewandelt in ihrer Methodik. Damals war man von „Elementen" in philosophisch-psychologischem oder Einzelreaktionen im physiologischen Sinne ausgegangen, die man aus einer Fülle von Erscheinungen zum Zwecke der Untersuchung isolierend herausgriff, und hatte dazu in erster Linie komplizierte Apparaturen und von der Wirklichkeit stark abstrahierende Untersuchungen anwenden müssen. Jetzt aber war Blick und Frage auf die Konstitution, auf die Gesamtheit aller ererbten und im Wechselspiel mit der Umwelt gestalteten Eigenschaften eines Menschen gerichtet. Dementsprechend erwies es sich als dringlichste methodische Aufgabe, möglichst lebensnahe Versuchsanordnungen zu schaffen, um zunächst einmal die komplexen Bilder von Vorgängen, wie sie in der Wirklichkeit des lebendigen Lebens ablaufen, im Laboratorium einzufangen. Sodann mußten sich bei umfangreichem Untersuchungsmaterial einer geübten psychologischen Beobachtung von selbst die wesentlichsten, d. h. die jeweilige Art des Vorganges bestimmenden Komponenten ergeben, ja „in die Augen springen", wie etwa dem geschulten Zuschauer eines Wettrennens sehr bald die charakteristischen Merkmale von Pferden und Reitern und auch solche Momente deutlich werden, die in ihrem Zusammenwirken den Gesamtverlauf und Ausgang gerade dieses Rennens wesentlich bestimmen. Es ist also in mehrfacher Hinsicht unrichtig, die experimentalpsychologische Methode in Bausch und Bogen als den psychologischen Problemen inadäquat hinzustellen, da sie analysiere, wo das Ganze erfaßt werden müsse. Erstens kann das Ganze stets nur „intuitiv" erschaut werden; diese Schau nicht nur zu begründen, sondern auch weiterhin fruchtbar zu machen, hat der menschliche Geist aber nur den einen Weg, wiederum zu analysieren, bis die Synthese verbessert oder überhaupt eine neue Synthese gelingt. Ferner erscheint eine Experimentalpsychologie zur Analyse der Gesamtpersönlichkeit berechtigt und befähigt, wenn sie vom Ganzen her ins Einzelne dringt, dieses Einzelne aber nur dann verwertet, wenn es stets in sinnvollem Bezuge zum Ganzen bleibt; wenn sie somit biologisch, lebenskundlich vorgeht. Daher ist auch die Behauptung nicht richtig, die — auf diese Weise arbeitende — (experimentelle) Typenpsychologie der *Kretschmer*schen Schule könne z. B. für erbpsychologische Zwecke nicht in Frage kommen, weil die der Physiologie entlehnten Begriffe „Reaktion" und „Reaktionsneigung" nicht tragfähig für eine Erfassung der Gesamtpersönlichkeit seien und es vergeblich wäre, ein Bild der letzteren gleichsam von unten her aufzubauen. *Stumpfl,* der diese Einwände jüngst vorgebracht hat, betont: „dem Umstand, daß im Bereich der Psyche das Ganze vor seinen Teilen ist, kann nur Rechnung getragen werden dadurch, daß jeder Analyse von

Einzeleigenschaften eine Erfassung der Gesamtpersönlichkeit durch viele Unterredungen oder aus dem Lebenslauf vorangeht". Daß dieser Notwendigkeit von experimentalpsychologischer Seite Rechnung getragen wird, weiß *Stumpfl*; ja wir haben, was wissenschaftlich wohl noch einwandfreier ist, die körperlich-seelische Erforschung der Gesamtpersönlichkeit den experimentellen Untersuchungen nebengeschaltet in der Weise, daß ein anderer Untersucher die Diagnose der Versuchsperson in körperbaulicher, endokrinologischer, psychologischer und gegebenenfalls psychiatrischer Hinsicht gewann und schriftlich festlegte, ein anderer aber die experimentalpsychologischen Untersuchungen vornahm. Erst aus dem Vergleich all dieser Untersuchungsreihen wurden die jeweiligen Ergebnisse gewonnen: korrelierende Faktoren schlossen sich ohne Zwang zu Typenbildern zusammen, die ihrerseits wieder durch die erbbiologische Erforschung der Familie und Sippe in jedem einzelnen Falle weitgehend nachprüfbar waren. In nicht geringerem Grade boten aber auch die nichtkorrelierenden Faktoren Einsatzpunkte sowohl für die erbbiologische wie für die feinere psychologische Untersuchung des Einzelfalles, woraus sich weiterhin wesentliche Gesichtspunkte für die Krankheitsbehandlung und seelische Führung ergaben. — Nach alledem ist nicht einzusehen, warum sich nach *Stumpfl* Bedenken gegen die Anwendbarkeit der *Kretschmer*schen Konstitutionstypologie und der experimentellen Typenpsychologie seiner Schule für die Erbpsychologie des Charakters erheben sollten. Wenn auch nach St. die neuen Impulse für diese Forschung „diesmal nicht von der medizinischen Psychologie, sondern von den Geisteswissenschaften" kommen sollen, so wird die Erbpsychologie der medizinischen Psychologie und ihres wichtigen Teilgebietes, der Experimentalpsychologie, doch nicht entraten können. Der Aufbau „von unten her" wird stets ebenso notwendig sein wie die geisteswissenschaftlich-theoretische Durcharbeit des komplizierten Überbaues; ja, erst in der Ergänzung beider wird sich das wahre Bild ergeben, das dann in erster Linie brauchbar für die erbpsychologische Forschung ist. Die Ansätze zu dieser Synthese sind schon gemacht, und es würde der Sache der Erbpsychologie — die uns allen aus übergreifenden völkischen, rasse- und erbhygienischen Gründen dringlicher als wissenschaftliche Einzelinteressen sein muß — nur nützen, wenn in wissenschaftlicher Vorurteilslosigkeit die bereits gewonnenen Erfolge nicht übersehen würden. Wir werden später, im Kapitel über das psychomotorische Tempo, beim Schriftdruck usf. darüber noch hören.

Um das Gesagte anschaulich zu machen, wählen wir zur Darstellung einer der besonders „lebensnahen" Versuchsanordnungen zuerst den „Wasserglasversuch" von *Enke*. Die Aufgabe bestand für die Ver-

suchsperson darin, ein bis zum Rande gefülltes Wasserglas durch ein Zimmer zu tragen. Die Intuition zu diesem Versuch entstammte der Alltagsbeobachtung; nicht nur daß man einen Menschen von weither allein an seiner Motorik — die immer „Psychomotorik" ist — erkennen kann, sondern auch, welche unterschiedlichen Bilder es bekanntlich ergibt, wenn mehrere Menschen ein und dieselbe Bewegungsleistung vollführen, z. B. in einer Gesellschaft ihr gefülltes Weinglas durchs Zimmer tragen und dann abstellen.

Nachdem wir an vielen Versuchspersonen zunächst einmal den Ablauf des Hochhebens des Glases, des Tragens und Wiederhinstellens beobachtet hatten, schalteten wir einige erschwerende Momente ein, die in etwas abgeänderter Form die natürlichen kleinen Hindernisse und Schwierigkeiten des alltäglichen Ablaufes widerspiegelten. Hierbei mußte das Charakteristische der einzelnen Versuchsperson und das Typische in größeren Untersuchungsreihen besonders deutlich hervontreten.

Der Versuch gestaltete sich dann so: durch die Mitte des Zimmers war in Höhe von 40 cm ein Seil gespannt, über das die Versuchsperson während des Tragens zu steigen hatte. Am anderen Ende des Zimmers stand ein Meßzylinder; in diesen mußte das noch im Glase vorhandene, also beim Tragen nicht verschüttete Wasser gegossen werden. Da aber gerade bei der letzteren Leistung das feine Abmessen der Bewegung, namentlich in Hand- und Fingergelenken, maßgebend für das glatte Eingießen in den Meßzylinder war, haben wir später den Versuch in zwei Abschnitte geteilt. Im ersten mußte das Glas, wie eben beschrieben, durch das Zimmer getragen und dann zunächst auf eine Briefwage gestellt werden. Auf diese Weise konnte der Verlust abgewogen werden, der durch Verschütten während des Tragens erfolgt war. Der zweite Abschnitt des Versuches bestand darin, daß das Wasser aus dem Glase in den Meßzylinder gegossen werden mußte, so daß nunmehr der Verlust beim Umschütten in das Meßglas gesondert festgestellt werden konnte. Außerdem wurde die Zeit gemessen, die zur Erledigung der Aufgabe gebraucht wurde, und selbstverständlich ging neben der Messung, wie bei allen unseren Versuchen, eine für die Versuchsperson unmerkliche Niederschrift der gesamten Beobachtungen einher.

Die Nachteile, die der Naturwissenschaftler in der vorwiegend komplexhaften Erfassung der psychomotorischen Fähigkeiten bei diesen Versuchen erblicken könnte, setzten wir von vornherein mit in Rechnung, da es uns gerade darauf ankam, das Verhalten der Gesamtmotorik bei einer einzelnen Bewegungsleistung in seinen Verschiedenheiten zu studieren. Der Verlauf bestätigte, daß dieser Versuch durch seine Lebensnähe an Exaktheit außerordentlich gewann, besonders wohl durch die Ausschaltung aller der Hemmungen, die sichtbare komplizierte Apparate in der Versuchsanordnung leicht schaffen. Es besteht zwischen Versuch und Versuchsperson gewissermaßen sofort

eine gute „innere Beziehung". Der bloße Auftrag, das gefüllte Glas von einer Ecke des Zimmers zur anderen zu bringen, genügt, und es ist jeder Versuchsperson — ohne daß man dessen mit einer Silbe Erwähnung tun müßte — selbstverständlich, daß sie dabei möglichst wenig verschütten soll. Wie außerordentlich verschieden stellen sich aber die Versuchspersonen je nach ihrer konstitutionellen Eigenart schon allein zu dieser „Selbstverständlichkeit" ein! —

Bei der Analyse der Ergebnisse dieses Versuches, wie aller folgenden, setzen wir zwar in der Schilderung die körperbaulich-charakterologische „Diagnose" der einzelnen Versuchspersonen voraus. In Wirklichkeit war der Vorgang, wie schon erwähnt, ein anderer. So voraussetzungslos, wie es einem geschulten Konstitutionstypologen irgend möglich ist, gingen wir bei den experimentalpsychologischen Untersuchungen an die Versuchspersonen heran. Das heißt: es war zwar nicht zu vermeiden, daß wir „typische" Pykniker, Leptosome und Athletiker während der Versuchsabläufe auch unter der Kleidung als solche erkannten. Jedoch wurde die exakte und differentielle Körperbaudiagnose und die psychologische Erfassung der Gesamtpersönkeit von einem anderen Untersucher gewonnen und schriftlich festgelegt, um durch das vergleichende Verfahren soweit wie möglich die einwandfreie wissenschaftliche Objektivität der Ergebnisse zu gewährleisten. Was wir hier in der Schilderung bringen, ist bereits das Resultat der miteinander in Parallele gesetzten und zusammengesehenen Untersuchungsreihen der verschiedenen Beobachter. Nur so ist es zu verstehen, daß wir im folgenden kurzerhand von den typischen Reaktionen der einzelnen Körperbau-Charakterformen sprechen. Es würde in der Darstellung zu weit führen, ermüden oder gar verwirren, wollten wir den mühsamen Weg der korrelationsstatistischen Erhebungen in jedem einzelnen Falle wiedergeben.

In voller Ausführlichkeit schildern wir hier, der Enge des Raumes wegen, nur diesen einen, den „Wasserglas"-Versuch. Gerade er ist ein Paradigma unserer experimentalpsychologischen Arbeitsweise, mit der sich — neben der Gewinnung naturwissenschaftlich exakter Zahlen und Daten — bei geeigneter „Versuchsanordnung" sehr gut ein Stück lebendige Wirklichkeit einfangen läßt. Und dies ist ja ihr Ziel: das Leben näher, genauer zu sehen, als es die oberflächliche Beobachtung ermöglicht, und voraussetzungsloser, als es die frühere geisteswissenschaftliche Psychologie mit ihren theoretischen Grundeinstellungen vermochte, — um auf diese Weise einen Teil seiner Regeln und Gesetzmäßigkeiten in gesundem und krankhaftem Geschehen zu erfassen. Denn nur durch naturwissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse ist uns eine zielgerichtete und erfolgversprechende Beeinflussung

solcher Lebensvorgänge möglich, wie es die Charakterwerdung des Einzelnen und die erb- und rassenhygienische Entwicklung eines Volkes sind.

Betrachten wir nun die verschiedenen Verhaltensweisen, wie sie die Vertreter der konstitutionstypologischen Kerngruppen im „Wasserglasversuch" darbieten. Die Pykniker finden sich mit der Tatsache, daß es nicht gut ohne Verschütten abgehen kann, gewöhnlich ohne weiteres ab, zögern nicht lange, das Glas zu erfassen, und tragen es, je nach ihrem Temperament, langsam oder schnell, aber stets mit ruhigen, fließenden, weichen Bewegungen durch das Zimmer. Am meisten verschütten sie beim ersten Anfassen und Hochheben des Glases; beim Steigen über das Seil nur dann viel, wenn sie es allzu schnell machen. Schlecht im Vergleich zu den Leptosomen gelingt ihnen das Umgießen in den Meßzylinder, wobei ihnen die feine Abstimmung der Bewegungen in Hand- und Fingergelenken fehlt. Ein typisches Beispiel für den Versuchsverlauf bei einem gesunden Pykniker bot ein 36jähriger zyklothymer Arzt. Der Auftrag belustigte ihn sichtlich, er ging schnellen Schrittes zu dem Glas, trug es mit vollendet fließenden und heiter flotten Bewegungen durch das Zimmer, über das Seil, ohne zu verschütten, und machte schließlich das Umgießen in den Meßzylinder mit kräftigem Schwung, der aber gar nicht abgemessen war, so daß reichlich Wasser ins Zimmer plätscherte!

Ganz anders sind Verhalten und Bewegungsleistung der meisten Leptosomen. Ihnen ist es zwar auch sofort klar, daß bei dem Versuch ein Verschütten von Wasser nicht vermieden werden kann. Trotzdem ist ihnen diese „Selbstverständlichkeit" noch „Problem" — ob es nicht doch ohne Verschütten gehe! So stehen viele von ihnen erst zögernd vor dem Glase, besichtigen es von allen Seiten; die Hand, die sie eben erhoben hatten, um das Glas zu erfassen, wird nochmals zurückgezogen und erst die andere Hand „ausprobiert", bis endlich das Glas erfaßt und ganz langsam von seiner Unterlage weggenommen wird. Das Tragen erfolgt meist mit ausgesprochen steifen, unsicheren und häufig unzweckmäßigen, manchmal auch heftigen plötzlichen Mitbewegungen, sowie mit äußerst gespanntem und ängstlichem Gesichtsausdruck. Umso überraschender ist dann das Umgießen in den Meßzylinder; es geschieht mit so fein abgemessenen Bewegungen, daß bei diesem schwersten Teile der Aufgabe bei den Leptosomen wider Erwarten oft nichts oder fast nichts verloren geht. Sehr eindrucksvoll war die Art und Weise, in der eine gesunde schizothyme Gewerbelehrerin mit leptosomem Körperbau den Versuch erledigte. Mit erschrockenem Gesichtsausdruck hörte sie den Auftrag an, faßte sich dann sichtlich, trat vorsichtig an den Tisch heran, als ob das Glas schon von dort her-

unterfallen könnte, obwohl es noch ganz fest auf der Mitte des Tisches stand. Dann streifte sie den rechten, nach einiger Überlegung auch den linken Ärmel hoch, betastete die Muskulatur ihrer Arme, streckte prüfend die Hände vor und zurück, betrachtete eingehend das Glas, hob es dann endlich äußerst langsam, sorgfältig und genau senkrecht von der Unterlage ab, trug es mit steifen Schritten durchs Zimmer, über das Seil mit einer sehr angespannten Miene, als gälte es eine lebenswichtige Entscheidung, und erledigte dann das Umgießen in den Meßzylinder mit einer unübertrefflich leichten, durch scheinbar genaue Berechnung völlig sicheren Handbewegung, so daß sie dabei nichts verschüttete. — Eine Ausnahme machen diejenigen Leptosomen, denen beim Umgießen plötzlich einer ihrer abrupten Bewegungsantriebe dazwischenkommt, der ein umso stärkeres Verschütten bewirkt. Hieraus erklärt es sich auch, daß bei einer durchschnittlichen Berechnung der verschütteten Menge die Unterschiede zwischen Pyknikern und Leptosomen nicht so große sind, wie man sie nach der Beobachtung erwartet.

Das Verhalten der Athletiker dem Versuch gegenüber ist im allgemeinen ein unkompliziertes, gewissermaßen fatalistisches, sie nehmen meist gar keine besondere, jedenfalls keine sichtbare affektive Stellung zum Versuch. Sie unterziehen sich der Aufgabe, ohne viel zu äußern, zögern nicht sehr lange und machen alles verhältnismäßig rasch und selbstverständlich, können aber infolge einer allgemeinen motorischen Unzulänglichkeit im Abmessen der Bewegungen nicht verhüten, daß sie, sowohl beim Tragen wie beim Umgießen, beträchtlich mehr Wasser verschütten als die Leptosomen und Pykniker.

Der „Wasserglasversuch" lieferte demnach mit der experimentellen Erfassung von Koordinationsleistungen sowohl hinsichtlich der Gesamtmotorik des Körpers wie der Feinmotorik der Hand bereits wesentliche konstitutionstypologische Ergebnisse. Diese wurden in der Folgezeit durch andere Versuche nachgeprüft und bestätigt, z. B. mit dem Tremometerversuch (Nachfahren ausgestanzter Buchstaben mit elektrischer Kontrolle) und mit dem Zweihandprüfer (bimanuelles Nachzeichnen einer geometrischen Figur mit Hilfe eines Hebelparallelogramms). Alle diese experimentalpsychologisch gewonnenen Ergebnisse erfahren eine weitere Bestätigung durch Untersuchungen anderer Autoren (*W. Lipmann, Marinesco, Kreindler*) über die Affinität bestimmter neurologisch-muskulärer Anlagekomponenten zu den Konstitutionstypen und über die konstitutionstypologisch bedingten Verschiedenheiten in der Physiologie der Psychomotorik (Verhalten der bedingten Reflexe nach *Pawlow* und der Chronaximetrie); auch hier bieten sich für eine fruchtbare Zusammenarbeit zwischen Physiologie, Endokrinologie, Experimentalpsychologie und Ver-

erbungsforschung weitere Einsatzpunkte, wie wir ihnen im Verlauf dieser Darlegungen noch öfter begegnen werden.

Als eine wesentliche Komponente der Gesamtmotorik hatte der Wasserglasversuch das „psychomotorische" oder „Eigentempo" der Persönlichkeit erkennen lassen. Wir wandten uns nun in gezielten Versuchen der genaueren Erfassung dieses Eigentempos zu, unter dem wir die natürliche Geschwindigkeit verstehen, in der gleichartige aufeinanderfolgende Bewegungen bei den einzelnen Menschen ablaufen. Die Aufgabe bestand z. B. darin: die Versuchsperson muß mit einem Stift auf eine Metallplatte klopfen, „wie es ihr beliebt". Ganz unwillkürlich schlägt sie dabei das Tempo ein, das ihr angenehm, „natürlich" ist, da ihr ja weiter nichts vorgeschrieben wird. In umfangreichen Untersuchungsreihen gelangten wir mit Hilfe genauer Registrierung (infolge unmerklicher Zählung durch elektrischen Anschluß) zur Erkennung der konstitutionstypischen Gebundenheit des „Eigentempos". Es ist bei den gesunden Pyknikern ein erheblich langsameres als bei den Athletikern und Leptosomen.

Unsere zahlenmäßigen Ergebnisse entsprechen ganz denjenigen *van der Horsts* und *Kiblers*, die als erste das psychische Tempo zirkulärer und schizophrener Kranker, sowie gesunder Pykniker und Leptosomer, und zwar mit Hilfe von Pendelversuchen verglichen hatten. Von *Kibler* stammt die Bezeichnung „psychomotorisches Tempo". Er lehnte es ab, aus seinen zahlenmäßigen Ergebnissen über das Tempo allein die Schlußfolgerung zu ziehen, daß Schizothyme schnell und Zyklothyme langsam pendeln. Nach seinen sehr interessanten Einzelbeobachtungen vermutete er, daß das Ergebnis des Pendelversuches bei den schizophrenen Psychosen von prognostischer Bedeutung für die Schwere der schizophrenen Veranlagung sein könnte. Er fand nämlich, daß unter 69 schizophrenen Endzuständen 23 der katatonen nicht arbeitsfähigen Kranken schnell und nur 10 langsam pendelten. Hingegen pendelten von den arbeitsfähigen 26 langsam und nur 5 schnell, und unter 8 paraphrenen Patienten war kein einziger Schnellpendler. Im Zusammenhang mit seinen Beobachtungen hält *Kibler* es für notwendig, nicht allein die Zahl der Fingerbewegungen, sondern auch die Art des Ausschlages, die Dauer der Pausen, die Steile des Anstieges u. ä. zu untersuchen und auszuwerten. Der Versuch sei ein psychomotorisches Phänomen und ziele auf eine Sichtbarmachung von Ausdrucksbewegungen ab. Ausdrucksbewegungen aber können naturgemäß nicht allein nach dem Tempo ausgewertet werden.

Diese berechtigten Einwände haben wir bei unseren vielfachen Versuchen über das Tempo mitberücksichtigt, indem wir u. a. mit Hilfe des Ergographen zugleich auch den Ablauf der Bewegungskurve

festhalten und auswerten konnten, worüber wir noch kurz berichten werden. Die Beobachtungen *Kiblers* über eine mögliche Umlagerung der konstitutionstypischen Verhältnisse bei den einzelnen Kranken je nach Art und Schwere des psychotischen Prozesses fordern aber die Psychiater zur Mitarbeit an weiteren derartigen Untersuchungen auf, wie sie mit der gleichen Fragestellung bezüglich anderer konstitutionsgebundener Persönlichkeitsmerkmale z. B. von *Skalweit, Stauder* und *Enke* bereits unternommen wurden (siehe später im Kapitel über den *Rorschach*-Versuch). Hier zeigt sich bereits die Möglichkeit einer unmittelbaren Auswirkung der experimentalpsychologischen Forschung auf die psychiatrische Praxis; eine vertiefte Kenntnis der Prognose fördert naturgemäß die Sicherheit im Ergreifen der notwendigen Maßnahmen, und jeder wissenschaftlich gangbare Weg ist zu begrüßen, der uns in Diagnostik und Prognostik und damit im ärztlichen Handeln weiter hilft.

Auf Grund der zahlenmäßigen Übereinstimmung unserer eigenen Ergebnisse über das psychomotorische Tempo mit denjenigen anderer Autoren fanden wir unsere Ansicht bestätigt, daß wir in dem „Eigentempo“ eine psychomotorische Wurzelform, ein Radikal gefunden hatten. Wir verstehen unter Radikalen elementare, nicht weiter zerlegbare Reaktionsneigungen oder Dispositionen, die typische, immer wiederkehrende Beziehungen zu den Körperformen aufweisen und damit ihre erbliche Bedingtheit belegen.

Sowohl das Eigentempo wie andere von uns aufgefundene Radikale haben wir auf ihre Echtheit als erbbedingte Anlageteile weiterhin geprüft, indem wir in erneuten Versuchsreihen absichtlich Übungs- und Milieufaktoren in die ursprünglichen einfachen Experimente einschalteten — während wir dies bei den ersten Untersuchungen so sorgfältig wie möglich vermieden hatten. Die bisherigen Ergebnisse dieser neuen Versuche sprechen für die Umweltstabilität der genannten Wurzelformen. Da jedoch im Experiment stets nur einzelne faßbare Umweltfaktoren, nicht aber die Milieueinflüsse in ihrer Gesamtheit eingefangen werden können, sind die Ergebnisse noch nicht endgültig beweisend.

Hier kann mit mehr Erfolg die Erbforschung einsetzen. Sie kann die Wurzelformen auf ihre Erbechtheit und auch, falls eine solche nachgewiesen ist, auf ihre besonderen Erbgänge prüfen. Aufgabe der Erbforschung ist es, zu untersuchen, wie der Genotypus beschaffen ist, der diese Wurzelform bedingt, ob eine dominante oder rezessive Erbanlage vorliegt, ob Komplizierungen des Erbganges bestehen u. dergl. mehr. Die Konstitutionsforschung kann an diesem Punkt in geradezu

idealer Weise von der Erbforschung abgelöst werden. Erfolgversprechende Ansätze in dieser Richtung sind erfreulicherweise schon gemacht. Mit Hilfe der Zwillingsmethode und Familienforschung hat *Frischeisen-Köhler* die Erbbedingtheit des „persönlichen Tempos" (das sich mit unserem „Eigentempo" vollständig deckt) eindeutig bestätigen können. Es ergab sich u. a., daß eineiige Zwillinge in ihrem Tempo viel ähnlicher sind als zweieiige. Das bedeutet: es sind die gleichen Erbanlagen der eineiigen Zwillinge, die bei ihnen die größere Ähnlichkeit des persönlichen Tempos verursachen. Die E. Z. weisen in ihrem persönlichen Tempo eine Variabilität auf, die nicht größer ist als die intraindividuelle; dagegen entspricht die Variabilität bei den Z. Z. ungefähr der Variabilität des Tempos von Geschwistern, was sich aus der erbverschiedenen Anlage für das persönliche Tempo erklärt, die bei Z. Z. vorhanden ist. Die Erbbedingtheit des persönlichen Tempos erhellt weiterhin daraus, daß nicht verwandte Individuen eine durchschnittlich höhere prozentuale Abweichung für das Tempo haben als Zwillinge oder Geschwister (sie ist zweieinhalbmal so groß). — Über den Vererbungsmodus des persönlichen Tempos konnte *Frischeisen-Köhler* zwei Hypothesen aufstellen. Die eine nimmt mindestens zwei Allelenreihen mit Dominanz des jeweilig schnelleren Tempos über die folgenden langsameren an, die andere eine Allelenreihe mit intermediärer Vererbung derart, daß das Tempo von beiden im Erbgefüge liegenden Faktoren bestimmt wird.

So wie wir den Wasserglasversuch ausführlich schilderten, um unsere experimentelle Methodik anschaulich zu machen, haben wir die Untersuchungen und Ergebnisse über das psychomotorische Tempo eingehend dargelegt, um die Wege aufzuzeigen, die von der Experimentalpsychologie unmittelbar in das ärztliche Handeln und in die Erbforschung hinüberleiten. Noch an einigen anderen experimentalpsychologischen Ergebnissen hat die Erbforschung eingesetzt; wenn sich auch, infolge der großen Schwierigkeiten derartiger Untersuchungen, bisher nur für das persönliche Tempo ein abgeschlossenes Bild ergeben hat, glauben wir uns auf Grund dieses Erfolges und weiterer, schon vorhandener Ansätze zu der Überzeugung berechtigt, daß die in unseren Versuchen aufgefundenen Radikale brauchbare Unterlagen für die Theorie und Praxis der Erbforschung abgeben. Die experimentelle Erfassung vermittelt die Möglichkeit einer exakten Messung und damit für die Erbforschung das Material zu vergleichenden Messungen an Zwillingen, Eltern, Kindern und weiteren Verwandten zur Feststellung des Erbganges eines Radikals, wie wir es soeben beim persönlichen Tempo gesehen haben. So ist zu erwarten, daß immer mehr auch für die Grundlagen gesunder seelischer Eigenschaften und Verhaltens-

weisen die Bestimmung der Vererbungsart und des Erbganges möglich wird, während man bekanntlich bisher in größerem Umfange die krankhaften Anlagen daraufhin prüfen konnte.

Um bezüglich des Eigentempos eine experimentelle Gegenprobe zu haben und vor allem auch den Bewegungsablauf graphisch festhalten zu können, ließen wir die Versuchspersonen am Ergographen ein leichtes Gewicht hin und her bewegen. Die hierbei gewonnenen Bilder bestätigten anschaulich sowohl die oben genannten zahlenmäßigen Ergebnisse über das Tempo als solches, wie auch unsere Beobachtungen über den Ablauf der Bewegungskurve bei den Konstitutionstypen. Schon bei dem einfachen Klopfen auf eine Metallplatte hatte man bald sehen können, daß viele Versuchspersonen nicht auf ein und dieselbe Stelle der Platte klopfen, sondern die Stelle dauernd wechseln, also mit ihrem Stift gewissermaßen auf der Metallplatte herumwandern. Der Prozentsatz derjenigen Versuchspersonen, die bei diesem Versuch spontan „wanderten", ist am höchsten bei den Pyknikern (93%), während in großem Abstand davon die Athletiker mit 44% folgen und die Leptosomen mit 38%. Auf Grund weiterer experimenteller Ergebnisse erklären wir dies verschiedene psychomotorische Verhalten der Konstitutionstypen folgendermaßen: Bei den Pyknikern ist das hohe „Wanderprozent" bedingt durch eine anlagemäßige Neigung zu Vielbeweglichkeit bzw. eine Abneigung gegen allzu viel Gleichmäßigkeit, während umgekehrt bei den Leptosomen eine durchgehende Tendenz zur Stereotypie anzunehmen ist und bei den Athletikern eine gewisse Neigung zu perseverativ-einförmigen Bewegungen. — Bei den Versuchen am Ergographen ließen sich nun außer der Anzahl der Hubkurven auch der reguläre oder irreguläre Tempoverlauf und die Gleichmäßigkeit oder Ungleichmäßigkeit der Bewegungsausschläge auswerten. Hier stellte sich von neuem heraus, daß auch die Bewegungsabläufe konstitutionstypisch bedingt sind. Und zwar zeigen die Pykniker eine völlig ungleichmäßige Bewegungsfolge; das Ausmaß der Fingerexkursion ist bei ihnen immer wieder verschieden, während 31% der Leptosomen und 21% der Athletiker ein ausgesprochen gleichmäßiges, „äquales" Tempo aufweisen. Es entspricht das ganz dem „Wanderprozent" beim Klopfen und verrät wiederum bei den Leptosomen und Athletikern eine Tendenz zur Stereotypisierung und Automatisierung. Während diese Tendenz aber bei den Leptosomen den Charakter aktiver Einstellung auf Genauigkeit, Exaktheit verrät, ist sie bei den Athletikern, wie auch deren Verhalten in anderen Experimenten zeigt, mehr Ausfluß einer passiven, einförmigen und pedantischen Haltung. Das Ergebnis eines weiteren Versuches am Ergographen unterstreicht diese Befunde: die Versuchspersonen mußten

das Gewicht nach dem vorgeschlagenen Takt eines Metronoms hin und her ziehen. Sobald nun das Metronom abgestellt war, sahen noch 8% der Athletiker und 12% der Leptosomen trotzdem unverwandt zum Metronom hin, während dies bei den Pyknikern überhaupt nicht vorkam.

Die Neigung zu einförmigen Bewegungen zeigte sich ferner bei einem Versuch, bei dem während des Hebens eines Gewichtes am Ergographen mit der anderen, noch freien Hand ein Schwungrad gedreht werden mußte. Hierbei trat bei 60% der Leptosomen und 53% der Athletiker eine Art Gleichschaltung des Bewegungsablaufes der rechten und linken Hand ein, also ein korrespondierendes Drehen des Rades während einer Hubhöhe — dagegen geschah dies nur bei 10% der Pykniker! Auf Grund noch anderer Versuche ist es berechtigt, darin bei den Leptosomen wiederum eine aktive Tendenz zur Mechanisierung bzw. Stereotypisierung anzunehmen, bei den Athletikern hingegen mehr eine Neigung zur Vereinfachung der Bewegungsleistung.

Zu entsprechenden Ergebnissen führte ein Versuch, bei dem die Versuchspersonen während des Hebens des Gewichtes am Ergographen gleichzeitig 20 untereinanderstehende Zahlen im Kopf addieren und anschließend die ausgerechnete Summe nennen müssen. Die Geschwindigkeit des Tempos in diesem Versuch entspricht dem Eigentempo des ersten Versuches. Jedoch läßt sich beobachten, daß ein Teil der Vpn. während des Rechnens das Heben des Gewichtes vorübergehend vergißt, also „Pausen" macht. Vor allem waren es die Pykniker, die die Bewegungen gern unterbrachen. 27% von ihnen machten „Pausen", die Athletiker folgten mit 14%, während es bei den Leptosomen nur 8% waren. Die Aufgabe also, streng gleichzeitig verlaufende Aufmerksamkeitsleistungen zu vollbringen, das Gesamtbewußtsein in verschiedene Teilintentionen zu spalten, gelingt — in Analogie zu unseren später aufzuführenden denkpsychologischen Ergebnissen — auch bei psychomotorischen Leistungen am besten den Leptosomen, weniger gut den Athletikern und am schlechtesten den Pyknikern.

Zur Feststellung, inwieweit der persönliche Eigenrhythmus, der ja im psychomotorischen Tempo einbegriffen sein muß, von den einzelnen Körperbautypen mehr oder weniger leicht überwunden werden kann, erhielten die Versuchspersonen den Auftrag, im $^1/_2$-Sekundentakt eines Metronoms 15 sec. lang laut mitzuzählen. Hierbei stellte sich heraus, daß die Leptosomen und Athletiker erstens eine schlechtere Anfangsanpassung an das vorgeschriebene Zähltempo und zweitens eine schlechtere Atemtechnik haben als die Pykniker. A t e m t e c h n i k und A n f a n g s a n p a s s u n g verlaufen nahezu parallel in dem Sinne, daß beides am b e s t e n bei den P y k n i k e r n, am s c h l e c h t e s t e n bei

den **Athletikern** und **Leptosomen** ist. Das anfangs meist zu rasche Zählen der Athletiker und Leptosomen ist wohl als Folge ihres schnelleren psychomotorischen Eigentempos aufzufassen, oder es beruht auch auf einer krampfhaften Einstellung auf die Aufgabe. Die erschwerte Anpassungsfähigkeit, die bei diesen beiden Konstitutionsgruppen bekannt und auch experimentell nachweisbar ist, dürfte, zusammen mit dem rascheren Eigentempo der Leptosomen und Athletiker, die Hauptursache ihrer schlechteren Einordnung in das Zähltempo sein. Das Ergebnis dieses Metronomversuches entspricht durchaus demjenigen eines später zu beschreibenden denkpsychologischen Experimentes, bei dem wir den Versuchspersonen den Auftrag erteilt hatten, in einer bestimmten Zeiteinheit einen Versuch zu erledigen. Es handelte sich dabei um eine Aufgabe, die infolge der größeren Spaltungsfähigkeit der Athletiker und Leptosomen diesen Körperbautypen besonders gut lag. Sie wurde von ihnen auch beim ersten Male, als die Zeit **nicht** vorgeschrieben war, am besten ausgeführt. Als derselbe Versuch aber in einer **vorgeschriebenen** Zeiteinheit erledigt werden sollte, versagten sie verhältnismäßig stärker als die Pykniker.

Diese wohl zum Gesamtkomplex des Autismus gehörige geringere Anpassungsfähigkeit scheint auch eine wesentliche Teilursache der schlechten Atemtechnik der Nichtpykniker beim Zählversuch zu sein. In dem Gefühl ihrer geringeren Eignung für diesen Versuch stellt sich offenbar ein Teil der Leptosomen und Athletiker derart intensiv lediglich auf das Zählen ein, verkrampft sich förmlich darin, so daß das Atmen zunächst vergessen wird.

Auch hier berühren sich die Ergebnisse unserer psychomotorischen Untersuchungen mit unseren denkpsychologischen Versuchsergebnissen, in denen die Neigung der Leptosomen zum zähen Festhalten einer einmal eingenommenen Intention erstens in einer geringeren Ablenkbarkeit, zweitens in einer besonderen Neigung zur Perseveration zum Ausdruck kommt.

Zur Untersuchung des **Arbeitstempos** der Konstitutionstypen bei Kraftleistungen ließen wir am Ergographen statt des leichten 1-Pfund-Gewichtes ein solches von 8 Pfund heben, und zwar so lange als möglich. Bei diesem Arbeitstempo zeigten sich die konstitutionstypischen Verhältnisse völlig entsprechend denen beim „Eigentempo". Infolge des sehr raschen Tempos der Leptosomen trat aber bei diesen auch am häufigsten eine ganz plötzliche Ermüdung ein, so daß sie den Versuch abrupt unterbrechen mußten, während die Pykniker infolge ihres langsameren Tempos unwillkürlich die physiologischen Ruhepausen einschalteten und somit, ohne aktiv „fleißiger" zu sein, durchschnittlich länger das Gewicht hin und her bewegen konnten als die Leptosomen

und Athletiker. Letztere zeigten auch bei diesen sich wiederholenden, gleichartigen Kraftleistungen eine größere Neigung zur Mechanisierung bzw. Stereotypisierung.

Abgesehen von den Ergebnissen über das persönliche Tempo, die wir hinsichtlich ihrer Bedeutung für die psychiatrische Praxis und für die Erbforschung bereits darlegten, können wir auf Grund der bisher vorliegenden Untersuchungen über das psychomotorische Tempo zusammenfassend noch folgendes sagen:

(1.) Ebenso wie das Tempo als solches ist auch das Bewegungsbild (der Ablauf der Bewegungskurve) konstitutionell bestimmt. Es ist bei den Pyknikern wesentlich vielgestaltiger, ungebundener und ungleichmäßiger als bei den Leptosomen und Athletikern, die bei gleichförmigen Bewegungen zur Mechanisierung, Automatisierung oder Stereotypisierung neigen.

(2.) Die Umstellung vom Eigentempo auf ein vorgeschriebenes „Fremdtempo" fällt den Leptosomen und Athletikern im Durchschnitt schwerer als den Pyknikern. Erstere neigen dabei zur Perseveration.

(3.) Auch bei verschiedenartigen, gleichzeitig ausgeführten Bewegungen der rechten und linken Hand bleibt das Eigentempo in gleicher Weise konstitutionsgebunden. Die Nichtpykniker neigen auch hierbei zur Stereotypisierung der in bezug auf rechts und links ungleichartigen Bewegungen.

(4.) Die Spaltung der Aufmerksamkeit in eine motorische und geistige Tätigkeit in ein und derselben Zeit gelingt den Pyknikern weniger gut als den nichtpyknischen Gruppen. Das Eigentempo als solches behält aber auch hierbei dieselben Korrelationen wie bei den ersteren Versuchen.

(5.) Das Arbeitstempo der Konstitutionstypen verhält sich in allen Punkten entsprechend dem Eigentempo. Die Ermüdung tritt bei den Pyknikern meist allmählich ein, bei den Athletikern und Leptosomen häufiger plötzlich.

Die in den Punkten 1—5 erwähnten psychomotorischen Eigenschaften müssen bei ihrer Konstitutionsgebundenheit ebenso wie das „Eigentempo" bzw. „persönliche Tempo" im wesentlichen erblich bedingt sein. Jedoch steht für sie der genauere Nachweis noch aus.

Unter den außerordentlich zahlreichen und vielseitigen experimentellen Untersuchungsmethoden zur Erfassung der Psychomotorik, die von anderen Untersuchern und uns selbst angewandt wurden, seien hier nur noch diejenigen dargestellt, die zur Gewinnung von konstitutionstypischen motorischen Merkmalen führten und, ebenso wie das psychomotorische Tempo oder die Koordinationsleistungen im Wasserglas-

versuch, möglichst unabhängig von Übung oder Beruf geprüft werden konnten.

Wir untersuchten u. a. als eine wesentliche Ausdrucksbewegung des Menschen die Handschrift und bemühten uns auch hier, zu den motorischen Wurzelformen vorzudringen. Die besonderen Beziehungen zwischen Handschrift und Konstitution sind u. a. von *Blume, Haarer, Jislin, W. Lipmann, E. Wiener* studiert worden. Ein eindeutiger konstitutionsbedingter Unterschied im Schriftduktus ergab sich in dem sogenannten „Girlanden- und Arkadentypus". Er dürfte, wie die noch zu besprechenden Untersuchungen erhellen, wohl in erster Linie auf psychomotorische Spannungen zurückzuführen sein. Es zeigt sich jedenfalls, daß der Girlandentypus (Schriftzüge nach oben konkav) ganz von selbst entsteht bei entspannter und weicher Muskelinnervation, wie sie dem pyknischen Konstitutionstyp eigen ist. Umgekehrt zeigen viele Leptosome infolge ihrer intrapsychischen Spannung häufig den Arkadentypus (Schriftzüge nach unten konkav). Daß die Handschrift als solche eine unbedingt individuelle Eigentümlichkeit jedes Menschen ist, ist eine unbestrittene Tatsache. Bekanntlich sind die Beziehungen zwischen Handschrift und Charakter unter deutschen Autoren besonders von *Klages* analysiert und dargestellt worden. So gut beobachtet aber auch die Handschriftenanalysen von *Klages* u. a. sind, haben sie doch für die allgemeine wissenschaftliche, besonders aber für die exakt naturwissenschaftliche Forschung den Nachteil, daß sie grundsätzlich auf einer symbolisierenden und daher betont subjektivistischen Betrachtungsweise fußen. Sie bleiben somit immer von der subjektiven psychologischen Urteilsfähigkeit abhängig, es fehlen ihnen meßbare Werte, die erst objektiv exakte Vergleichsuntersuchungen ermöglichen, wie sie für konstitutionsbiologische Zwecke unerläßlich sind. Die Handschrift ist aber der Niederschlag vieler komplizierter Funktionen der Bewegungsapparate von Unterarm, Hand und Fingern, so daß schon die Schreibbewegung als solche und nicht erst die Schrift individuell charakteristische Faktoren enthalten muß. *Klages* sagt mit Recht: „Die Handschrift ist das bleibend gegenständliche Ergebnis der persönlichen Schreibbewegung". Gelingt es daher, grundlegende Bestandteile der Schreibbewegung selbst festzuhalten, so daß dieselben meßbar sind, so steht damit das Mittel der Zahl auch für die Erforschung der Handschrift, wenigstens zu einem gewissen Teile, zur Verfügung.

Ein wesentlicher Faktor der Art der Schreibbewegung ist zweifellos der beim Schreiben angewandte Druck, der von dem Ablauf von Spannung und Entspannung der in Betracht kommenden Muskeln abhängig ist. Dieser ist seinerseits wieder begründet in der affektiven und willensmäßigen Spannung des Schreibenden. Der Schreibdruck

läßt sich mittels der *Kraepelin*schen Schriftwaage leicht bis auf einige Gramm messen und ablesen, so daß wir eine genaue Methode zur Messung eines wesentlichen Teiles der Schrift haben und auf diese Weise wichtige konstitutionstypische psychomotorische und affektive Vorgänge beim Schreibenden erfassen können.

Eine ausführliche Beschreibung der Schriftwaage findet sich bei A. *Groß* in den „Psychologischen Arbeiten“ *Kraepelins*, auf die hiermit verwiesen sei. Um möglichst einheitliche und einfache Schreibbedingungen zu erreichen, muß man ein Testwort wählen, das mindestens folgende Voraussetzungen erfüllt: es darf keinen Wortsinn haben und soll auch seinem Klange nach möglichst frei von affektiven Werten sein. Zweitens darf es nur solche Buchstaben enthalten, die in der lateinischen wie deutschen Schrift denselben Duktus haben, so daß es der Versuchsperson überlassen bleiben kann, in welcher Schrift sie schreiben will. Wir wählten als Testwort die Buchstaben m-o-m-o-m („momom“). Jede Versuchsperson hatte die Aufgabe, das Wort einmal langsam, malend, also gleichsam in Schönschrift, das andere Mal in der ihr gewohnten Schreibgeschwindigkeit zu schreiben. Zur Bestimmung der Druckstärke wurde die Schriftwaage mit je 50 zu 50 g belastet und der jeweilige Ausschlag des Hebelarmes am Kymographion fixiert und dann auf Millimeterpapier abgetragen. Damit war ein genauer Maßstab gegeben, um später die sich in den Höhenausschlägen der Druckkurven zeigenden Druckschwankungen leicht und exakt ablesen zu können. Nachgemessen und ausgewertet wurden u. a.: der durchschnittliche Maximaldruck, d. h. der in der Druckkurve höchste Druckanstieg (er betrug bei den Athletikern 187 g, bei den Pyknikern 185 g und bei den Leptosomen 182 g); der Minimaldruck, d. h. der in jeder Druckkurve vorhandene stärkste Druckabfall (er betrug bei den Athletikern im Durchschnitt 113 g, bei den Pyknikern 76 g und bei den Leptosomen 105 g). Entsprechend ist bei den Athletikern die Differenz von Maximal- und Minimal-Durchschnittsdruck (mit 74 g) kleiner als bei den Leptosomen (mit 77 g), und die Zahlen dieser beiden Konstitutionstypen sind wiederum wesentlich kleiner als die der Pykniker mit 109 g.

Ferner ließ sich beobachten, daß bei bestimmten Konstitutionstypen der Druckabfall jeder einzelnen Kurve bis auf die Null- oder Ausgangslinie zurückging. Und zwar geschah dies bei den Pyknikern mit einem Prozentsatz von 53,2%, während es bei den Leptosomen nur in 15,2% der Fälle und bei den Athletikern nur bei 12% der Versuchspersonen vorkam.

Welche Schlüsse erlauben diese Zahlen in psychologischer Hinsicht? Das Druckmaximum ist, wie wir sehen, am höchsten bei den Athle-

tikern und Pyknikern. Die Vermutung könnte naheliegen, daß die, namentlich den Athletikern eigene, größere Muskelkraft die Erhöhung des Druckmaximums gegenüber den Leptosomen bewirke. Vergegenwärtigt man sich aber, eine wie geringe Kraftentfaltung der Muskulatur der Schreibvorgang nur erfordert, so wird man die Verschiedenheiten des Druckmaximums bei den einzelnen Konstitutionstypen gewiß nur zu einem kleinen Teil auf ihre physiologischen Unterschiede zurückführen können. Es müssen hier vielmehr auch psychische Gründe in Betracht kommen. Überlegt man sich, was in der Versuchsperson vorgehen kann, wenn wir ihr den Auftrag zum Schreiben erteilen, so gibt es nur zwei hauptsächliche psychische Verhaltungsweisen, die in Erwägung gezogen werden müssen. Entweder ordnet sich die Versuchsperson ohne Scheu und ohne affektive Abwehr oder Erregung dem Auftrag unter und schreibt das Gewünschte in einer ruhigen Gemütsverfassung ohne innere Spannung gern und willig auf. Diese Freiheit des Wollens, die durch keinerlei Momente des Widerstrebens gehemmt wird, bedingt natürlich auch eine willkürliche maximale motorische Entspannung, ein Losgelöstsein der motorischen Tätigkeit von psychischen Gegentendenzen, und führt so zu dem ruhigen Auf und Ab des Druckverlaufes, wie es bei den pyknischen Kurven häufig war.

Hingegen verrät die größere Dauerdruckhöhe bei den Leptosomen und Athletikern einen während der ganzen Schreibleistung bestehenden Spannungszustand. Diese intrapsychische Spannung, die sich nicht in einem ruhigen Auf und Ab des Druckverlaufes gleichmäßig zu entladen vermag, bewirkt eine während des Schreibaktes anhaltende Muskelspannung auch da, wo sie physiologischerweise nicht mehr notwendig, sondern eher zweckwidrig erscheint. In der Dauerdruckhöhe der Schriftdruckkurven erhält man also einen mathematisch gut bestimmbaren Index für den intrapsychischen Spannungszustand eines Menschen, der Art und Stärke der inneren Reibung verrät. Während diese intrapsychische Spannung bei den Leptosomen, wie sich nachweisen läßt, eine habituelle, konstitutionsgebundene Affekthaltung ist, erscheint bei den Athletikern die erhöhte affektive Spannung beim Schriftdruckversuch als eine sekundäre Reaktion auf das Schreiben selbst. Sie zeigten dem Versuch gegenüber eine ablehnende Haltung, die offensichtlich aus einer Abneigung gegen das Schreiben selbst entsprang und vermutlich mit ihrer geringeren Veranlagung zur Feinmotorik zusammenhängt.

Außer diesen, aus den Druckkurven leicht und mathematisch genau ablesbaren Differenzierungen zwischen „gespannt" und „spannungsarm" — oder besser entspannungsfähig —, wie sie *Klages* in seinen Analysen des Schriftduktus deskriptiv unterscheidet, zeigen die Gesamt-

kurvenbilder noch andere recht charakteristische konstitutionstypische Unterschiede. — *Haarer* hat bei seinen Untersuchungen des Schriftdruckes bei den Konstitutionstypen u. a. festgestellt, daß sich bei den Pyknikern häufig weiche und wellige Kurven, bei den Leptosomen gern flache Kurven, d. h solche mit geringen Druckschwankungen, und öfters stereotype Kurven (mit regelmäßiger Wiederkehr derselben Druckschwankungsfigur) finden. Auf Grund unserer eigenen Untersuchungen konnten wir die Kurvenverlaufsbilder ihrer Art nach einteilen in: wellige, steilwellige, flache, stereotype, abrupt unregelmäßige und zackige. Bei prozentualer Auswertung unserer Versuchsreihen ergab sich in Übereinstimmung mit den *Haarer*schen Untersuchungen — um nur einige charakteristische Beziehungen herauszugreifen —, daß sich wellige Kurvenbilder, unter Zusammenfassung der langsam und schnell geschriebenen, bei 56,5% Pyknikern und bei nur 18,1% Leptosomen sowie 8% Athletikern fanden; flache und stereotype Kurven bei keinem Pykniker; flache aber in 18% bei den Leptosomen und 4% bei den Athletikern. Stereotype Kurven boten besonders die Athletiker (18%), während die Leptosomen hier nur mit 3% vertreten waren. Abrupt unregelmäßige Kurvenverläufe fehlten bei unseren sämtlichen Pyknikern, sie waren dagegen bei 19,6% der Leptosomen und 30% der Athletiker vorhanden. Zackige Kurvenbilder fanden sich bei 21,5% der Pykniker, bei 5% der Leptosomen und 76% der Athletiker.

Konstitutionstypisch wichtig ist ferner die Art des initialen Druckanstieges, den wir eeinteilen in: steil, langsam und treppenförmig. Wir fanden bei unserem Versuchsmaterial einen steilen Druckanstieg bei nur 31,2% Pyknikern gegenüber 55,9% der Leptosomen und 62% der Athletiker; einen langsamen Druckanstieg bei 56,3% Pyknikern gegenüber nur 21,2% Leptosomen und 32% Athletikern. Einen treppenförmigen Anstieg hatten 6% der Athletiker gegenüber 12,6% Pyknikern und 27,2% Leptosomen.

Diese Ergebnisse über die Verhaltungsweisen der Konstitutionstypen im Druckablauf haben offensichtlich schon sehr nahe Beziehungen zum Schriftduktus selbst. Denn *Jislin* und *W. Lipmann* fanden bei den Pyknikern bzw. Zyklothymen gleichmäßige, abgerundete, weiche Buchstaben, die Leichtigkeit, Ungezwungenheit, und Flüssigkeit des Bewegungsablaufes verraten. Bei den Leptosomen bzw. Schizothymen fanden dieselben Autoren, wie übrigens auch *E. Wiener*, die Buchstaben unregelmäßig und ungleichmäßig in Größe und Form, von eckigem und wenig flüssigem Bewegungsablauf, steif, mit stockendem, sperrigem Rhythmus. Lehren die Handschriftanalysen von *Klages*, daß der Grad der Gleichmäßigkeit und Ungleichmäßigkeit der Federfüh-

rung bezeichnend ist für den Affektivitätsgrad des Schreibenden, so geben uns schon die Druckkurvenbilder Aufschlüsse über Art und Verlauf des psychischen Tempos, der Psychomotilität und der Affektivität, und zwar in einer mathematisch bestimmbaren Weise. Diese Entsprechungen der Ergebnisse sind auch ein Beleg dafür, daß der Ablauf des Schriftdruckes, wie er aus den verschiedenen physiologischen und psychologischen Ursachen zustande kommt, einer der hauptsächlichsten Faktoren des Schriftduktus ist, stark konstitutionsgebunden, und in sich ein wesentliches konstitutionstypisches Radikal enthält. Seine Erforschung darf daher nicht allein Sache der Handschrift- und Charakterkunde bleiben, sondern sollte auch Gegenstand erbbiologischer Forschung werden.

Einen ersten Versuch nach dieser Richtung bilden die Untersuchungen des Schreibdruckes bei Zwillingen durch *Carmena*. Er prüfte nach der von uns angegebenen Methode den Schreibdruck bei 50 Zwillingspaaren und fand einen ausgesprochenen Unterschied zwischen den Ergebnissen bei den eineiigen und zweieiigen Zwillingspaaren. Er schließt daraus auf die Erbbedingtheit des Schreibdruckes; Regulierung und Intensität der Bewegungen sowie der Tonus der Arm- und Handmuskeln seien somit durch Erbveranlagung mit bestimmt. Diese Feststellungen gehen ganz in einer Richtung mit der bereits nachgewiesenen Erbbedingtheit der Körperhaltung in Ruhelage und während des Gehens, sowie der unwillkürlichen motorischen Reaktionen bei affektiven Reizen. Gewiß bedürfen die Ergebnisse *Carmenas* angesichts seines verhältnismäßig kleinen Untersuchungsmaterials noch weiterer Nachprüfung. Sie stimmen aber nicht nur mit unseren konstitutionstypologischen Untersuchungen überein, sondern auch mit den graphologischen von *Saudek*, der vom Schriftdruck ganz allgemein sagt: er gehöre zu den besonders schwer veränderbaren Schriftmerkmalen und sei daher in hohem Maße individuell charakteristisch.

Unsere Druckkurvenbilder lassen bei den Pyknikern auf eine runde, weiche und natürliche Psychomotilität schließen, die frei ist von sprunghaften Schwankungen und affektiver Verkrampfung. Die abrupt unregelmäßigen Kurvenverläufe der nichtpyknischen Konstitutionsgruppen hingegen könnte man vielfach als einen psychomotorischen Ausdruck des sprunghaften Wesens mancher Schizothymiker auffassen, das mit deren häufigen Sperrungen und Komplexmechanismen zusammenhängt; bei den Athletikern verraten sie eine Neigung zu harten und brüsken Bewegungsformen, wie sie *Oseretzky* auch bei der handwerklichen Arbeit der Athletiker beobachtet hat. Die bei den Leptosomen häufigen flachen, fast ohne jede Schwankungsdifferenz verlaufenden Kurven dürften dagegen als ein Abbild ihrer Verhalten-

heit und scheinbaren Ausdrucksarmut, ihrer Unfähigkeit zur Entspannung, oder in anderen Fällen als Zeichen einer zur Indolenz erlahmten Affektivität zu betrachten sein. Bei den Athletikern endlich ist der auffallend hohe Prozentsatz stereotyper Kurven wohl als Teilerscheinung ihrer Tenazität aufzufassen, die wir als einen Grundzug athletischer Temperamente öfter beobachten können.

Bei der stark konstitutionellen Bedingtheit des Druckes, die auch von ernsthaften Graphologen erkannt und hervorgehoben wird, ist es nicht verwunderlich, daß seitens der Graphologen dem Schriftdruck auch ein besonderer psychodiagnostischer Wert beigemessen wird. So gende Bedeutungen zu:

Ein allgemein starker Druck läßt auf Tatkraft, Energie, Durchsetzungs- und Durchhaltungsvermögen schließen. Wenn der allgemein starke Druck in einer langsamen, aber nicht ostentativ stilisierten Schrift mit einer Neigung zu eckigen Bindungen und konsequenter Beibehaltung der Größe und des Schriftwinkels vorkommt, so liegt eher Zähigkeit, Widerstandskraft und eine Spannung vor, die in starker innerer Hemmung bedingt ist. — Diese graphologischen Auswertungen kommen unseren konstitutionstypologischen Ergebnissen, insbesondere bezüglich der schizothymen Wurzelformen, überraschend nahe, wie auch unsere weiteren Darstellungen noch häufig zeigen werden.

Das Gleiche gilt von den graphologischen Auswertungen eines allgemein schwachen Druckes bei „schneller, natürlicher und nicht stilisierter Handschrift". Abgesehen davon, daß ein Zeichen gesteigerter Schreibroutine darin steckt, kann er psychodiagnostisch als ein Merkmal geistiger Beweglichkeit und schnellen Gedankenablaufes betrachtet werden. Allgemein schwacher Druck in langsamen Schriften hingegen ist ein Merkmal von zaghafter Schüchternheit und häufig ein Zeichen von Ausdrucksscheu. — „Launenhaft" ungleichmäßiger Druck ist ebenfalls konstitutionell bedingt. Er geht zumeist mit starken Schwankungen zahlreicher anderer Merkmale, z. B. der Größe, der Größenverhältnisse und des Zeilenverlaufes gepaart und ist dann, wie diese, ein Merkmal gesteigerter Reagibilität.

Um selbst die aus den Schriftdruckkurven sich ergebenden Resultate über die Affektivität und Willenstätigkeit experimentell nachzuprüfen, stellten wir noch einen Versuch am Ergographen an, der in etwas anderer Form bereits von *W. Lipmann* an Konstitutionstypen vorgenommen und von ihm „Mißtrauensversuch" genannt worden war. Wir behielten diese Bezeichnung bei, obwohl bei dem Versuch nicht allein das Mißtrauen, sondern noch andere affektive und willensmäßige Faktoren eine wesentliche Rolle spielen.

Die Versuchspersonen hatten die Aufgabe, nach den Taktschlägen

eines Metronoms am Ergographen ein Einpfundgewicht zu heben. Die Anzahl der einzelnen aufeinander folgenden Taktschläge, d. h. die Größe der Taktschlaggruppen, wurde jedoch für die Versuchspersonen gewechselt, so daß bei ihnen eine erhöhte Aufmerksamkeit nötig war, wenn sie den Ergographen richtig bedienen wollten. — An wesentlichen Ergebnissen sei hervorgehoben, daß die Athletiker am stärksten in der zuerst gegebenen Schlagfolge verharrten, es ihnen am schlechtesten gelang, die einmal eingenommene Aufmerksamkeits- wie motorische Einstellung zu ändern. Diese Neigung zur Perseveration war bei ihnen in 61% vorhanden gegenüber 49% bei den Leptosomen und nur 25% bei den Pyknikern. — Das Zögern hingegen während des Hebens des Gewichts als Mißtrauensmerkmal gegenüber den etwa eintretenden Änderungen der Schlagfolge war bei den Leptosomen mit 80% am stärksten, während es bei den Athletikern in 61% der Fälle und bei den Pyknikern wiederum nur in 25% vorkam. — Muß man bei den Leptosomen aus den Zahlenergebnissen im allgemeinen auf eine stärkere Neigung zur Vorsicht und zur sichernden Zurückhaltung schließen, so zeigt sich bei den Athletikern, wie aus ihrem hohen Perseverationsprozent zu folgern ist, in erster Linie wieder eine erschwerte Umstellungsfähigkeit aus einer einmal eingenommenen Aufmerksamkeits- und Willensrichtung, während die Pykniker sich sowohl von dem einen wie dem anderen Merkmal als ziemlich frei erweisen.

Zusammenfassend ergibt sich also, daß wir in den Schriftdruckkurven einen mathematisch bestimmbaren Index für gewisse affektiv-willensmäßige Verhaltungsweisen besitzen, der auch für erbbiologische Untersuchungen verwendbar ist. Die Schriftdruckkurven der Pykniker verraten ein freies und weites Auf- und Abschwingen der psychischen Energie, Entspannungsfähigkeit, Losgelöstsein der motorischen Tätigkeit von affektiven oder willensmäßigen Gegentendenzen in beträchtlich hohem Grade. Umgekehrt verrät die an sich unnötige, oder selbst zweckwidrige Kraftentfaltung beim Schreiben, die sich vor allem in großer Dauerdruckhöhe ausprägt, bei den Leptosomen und Athletikern eine während des Schreibaktes anhaltende intrapsychische Spannung. — Die deskriptive Erfassung der Druckkurven weist auf eine mehr flüssige, weiche und sperrungsfreie Psychomotilität der Pykniker hin. während die Druckkurvenbilder der Leptosomen und Athletiker in hohem Grade entgegengesetzte Eigenschaften verraten. — Die bisher vorliegenden konstitutionstypologischen Handschriftuntersuchungen des Duktus selbst weisen Ergebnisse auf, die in ihren Hauptzügen mit den Untersuchungen *Haarer*s und *Enke*s über den Schriftdruck konform gehen. Bei den Pyknikern bzw. Zyklothymikern finden sich vor-

wiegend gleichmäßige, abgerundete, weiche Buchstaben, die Leichtigkeit, Ungezwungenheit und Flüssigkeit des Bewegungsablaufes verraten. Das Schriftbild als Ganzes weist bei ihnen gewöhnlich eine größere Verbundenheit der Worte untereinander, sowie gleichmäßigere Wortabstände auf. — Bei den Leptosomen hingegen sind die Buchstaben im allgemeinen unregelmäßig und ungleichmäßig in Größe und Form, von eckigem und wenig flüssigem Bewegungsablauf. Es findet sich weniger Einheitlichkeit im ganzen Schriftcharakter — abgesehen von stereotypisierten oder stilisierten Handschriften, und die Worte weisen untereinander eine stark ausgesprochene Unverbundenheit auf. Die graphologische Auswertung des Schriftdruckes ergibt weitgehende Parallelen mit den Eigenschaften der einzelnen konstitutionstypischen Temperamente. Wir glauben daher, mit unseren Schriftdruckuntersuchungen der Graphologie ein wesentliches, naturwissenschaftlich exaktes Ausgangsmaterial für weitere Forschungen geliefert zu haben, durch die sich der wissenschaftliche Wert der graphologischen Methoden und Ergebnisse erhöhen und die erwünschte Synthese von intuitiven Deutungen und meßbaren Grundfaktoren eingeleitet werden kann.

Für Sprachuntersuchungen, und zwar zur lautlichen Analyse der Sprache und ihrer Geschwindigkeit, läßt sich der Apparat von *F. Krüger* und *W. Wirth* benutzen. Er wird näher beschrieben von *Oseretzky* in seiner Monographie über „Psychomotorik". Für die Analyse der Melodie der Sprache empfiehlt *Oseretzky* den ebenfalls von ihm genauer beschriebenen Apparat von *Marbe. Loebell* fand bei einer systematischen Untersuchung der Stimmcharaktere innerhalb dre drei großen Körperbaugruppen folgende Beziehungen: athletisch-leptosom-pyknisch = Tenor-Bariton-Baß, bei den Frauen unter Fortlassung der Athletikerinnen (wegen zu geringen Untersuchungsmaterials) die Korrelation-leptosom-pyknisch = Sopran-Alt.

Musiktypologische Untersuchungen sind in neuester Zeit teils von geisteswissenschaftlicher (*A. Wellek* u. a.), teils von medizinisch-psychologischer Seite (*G. Mall*) unternommen worden. Trotz verschiedenartigen methodischen Vorgehens haben sich wichtige Konvergenzen ergeben. *Wellek* weist, ohne sich auf ein bestimmtes typologisches System festzulegen, auf die Beziehungen der von ihm gefundenen Typen zu der *Kretschmer*schen Typologie hin. Die sehr interessanten Ergebnisse von *Mall*, deren experimentelle Grundlagen mit dem galvanischen Reflexphänomen gewonnen wurden, sollen später, im Anschluß an die Darstellung unserer eigenen Untersuchungen über die Affektivität, in ihrer Zusammenfassung wiedergegeben werden.

Zu unseren Untersuchungen über die motorische Begabung sei

hier nur so viel gesagt: die „motorische Begabung" schlechthin ist bereits ein komplexes Anlagemerkmal, das sich zusammensetzt nicht allein aus verschiedenen motorischen Radikalen oder Wurzelformen, sondern auch aus psychischen. Um eine motorische Begabung in ihrem Aufbau richtig zu erkennen, ist es daher erforderlich, sowohl die motorischen wie die psychischen Radikale bei der Beurteilung zu berücksichtigen. Auf Grund der angeführten experimentellen Ergebnisse und ihrer teilweisen erbbiologischen Nachprüfung können wir diejenigen motorischen Eigenschaften als anlagebedingte betrachten, die immer wiederkehrende Beziehungen zu den Konstitutionstypen aufweisen. Für die richtige Beurteilung der motorischen Begabung ist jedoch auch die Frage wichtig, inwieweit die konstitutionstypisch bedingten, elementaren psychomotorischen Reaktionsneigungen oder „Wurzelformen" durch exogene Einwirkungen beeinflußbar, veränderbar sind. Dabei ergeben sich von selbst Einzelfragen z. B. darüber, welche konstitutionellen motorischen Sonderheiten am variabelsten erscheinen, welche Umweltfaktoren besonders stark verändernd einwirken können, und ob sich bei den Konstitutionstypen verschiedene Grade der Plastitizität bzw. Variabilität nachweisen lassen.

Zur Darstellung der Analyse motorischer Begabungen oder Fertigkeiten in ihren Einzelmerkmalen und ihrer gegenseitigen Wechselwirkung und zur Bestimmung des Einflusses exogener Faktoren auf konstitutionell, bzw. erblich bedingte motorische Fähigkeiten nahmen wir in großen Versuchsserien drei verschiedene Experimente vor, und zwar an Hand des Arbeitsprobenkastens nach *Giese*. Als Kriterium der Veränderlichkeit der typischen Eigenschaften gelten die meßbaren, quantitativen Unterschiede bei Wiederholung derselben Versuche, ferner die Veränderung der Qualität der Ausführung und das Gesamtverhalten der Versuchspersonen während ihrer Tätigkeit. Vor Beginn solcher Versuche wurde daher besonderer Wert auf folgende Erhebungen gelegt: 1. Gegenwärtiger Beruf und evtl. früher stattgefundener Berufswechsel. 2. Welche Tätigkeitsform bzw. Handarbeit wird am angenehmsten empfunden? 3. Lieblingsbeschäftigung in der Freizeit. 4. Evtl. technische Liebhabereien. 5. Wird Sport getrieben und welcher? —

Unter den Ergebnissen sind uns zwei Reihen vor allem wichtig: 1. Die psychomotorischen Eigenarten der Konstitutionstypen im Zusammenspiel mit ihren psychischen Eigenschaften, und 2. die Beeinflußbarkeit ihrer anlagebedingten Reaktionsneigungen durch äußere Faktoren. Es ist natürlich praktisch nicht möglich, Versuchspersonen in Gruppen zu trennen, die völlig frei sind von Milieueinflüssen gegenüber Gruppen, die diesen unterworfen waren. Bei experimentellen Unter-

suchungen der Psychomotorik der Konstitutionstypen und ihrer Veränderlichkeit durch äußere Einwirkungen muß man sich notwendigerweise auf einzelne, sicher faßbare Faktoren beschränken, und es wäre ein Irrtum, zu glauben, man könne die Gesamtheit der Milieueinflüsse ausschalten. Unter dieser Einschränkung läßt sich aus unseren experimentellen Ergebnissen folgendes über die motorische Begabung der Konstitutionstypen schließen:

Bei komplexeren psychomotorischen Tätigkeiten ist das Arbeitstempo der Pykniker bezüglich der Schnelligkeit in erster Linie abhängig von der augenblicklichen oder habituellen Stimmungslage heiter-beweglich einerseits, schwerblütig-schwerfällig andererseits. Allen Pyknikern ist gemeinsam, daß sie besonders im Gegensatz zu den Leptosomen weniger ausdauernd, geduldig und aufmerksam bleiben bei Arbeitsbewegungen, die eine gewisse Subtilität und affektive Beharrlichkeit erfordern. Ihre motorische Begabung erfährt hierdurch ihre ganz spezifische Begrenzung. Auch Übung vermag in diesen Fällen nur in einer beschränkten Spielbreite eine Verbesserung der Gesamtleistung zu bewirken. Darüber hinaus tritt die jeweilige konstitutionelle Eigenart nur noch deutlicher in Erscheinung, obwohl die Anpassungsfähigkeit gegenüber den Leptosomen und Athletikern eine durchschnittlich bessere ist.

Bei fast allen Pyknikern besteht die ausgesprochene Tendenz, mit beiden Händen nach Möglichkeit gleichzeitig dieselbe Tätigkeit zu verrichten, auch wenn dieses Vorgehen für die geforderte Arbeit unzweckmäßig ist. Die Leptosomen hingegen vermögen ziemlich leicht mit jeder Hand etwas verschiedenes auszuführen, während die Athletiker bezüglich der psychomotorischen Spaltungsfähigkeit in der Mitte zwischen Pyknikern und Leptosomen stehen. Die Pykniker können sich dagegen psychisch wie motorisch leichter und schneller umstellen als die beiden anderen Körperbaugruppen.

Während es den Pyknikern wiederum aus mangelnder Spaltungsfähigkeit nur schlecht gelingt, unter dauernder Beachtung einer Vorlage eine Aufgabe auszuführen, fällt dies den Leptosomen ziemlich leicht. Eine ungewohnte Tätigkeit wird von den Leptosomen wesentlich disziplinierter als von den Pyknikern ausgeführt, und zwar ohne stark merkbare Affektäußerungen und unwillkürlich mit einer systematisch-analytischen Methodik. Bei Feinarbeiten betätigen die Leptosomen ausschließlich die Finger, während bei den Pyknikern und Athletikern auch hierbei die ganze Hand in Funktion tritt.

Die Einübungsfähigkeit ist bei den Leptosomen infolge ihrer stärkeren affektiven Beherrschtheit und ihrer größeren Beharrlichkeit oder

Perseveration im allgemeinen besser als bei den Pyknikern, obwohl diese sich zunächst rascher einfügen und anpassen.

Bei den Athletikern ist die äußerlich merkbare affektive Beteiligung an der Arbeit zwar stärker als bei den Leptosomen, aber schneller abklingend als bei diesen. Während der Ausführung einer ihnen ungewohnten Arbeit sind die Athletiker außerordentlich eigensinnig und beharrlich pedantisch. Am geringsten anpassungsfähig erscheinen sie für Feinarbeiten, die sie oft mit unnötig viel Kraft und sogar Gewalt ausführen.

Durch Milieueinflüsse kann zwar eine Reihe dieser verschiedenen typischen Eigenschaften, die in ihren Auswirkungen z. T. entgegengesetzter Natur sind, weitgehend beeinflußt werden. Mit anderen Worten: die konstitutionelle Eigenart kann durch Übung gemildert oder verstärkt werden. Es ist dies aber, wie die Versuchsergebnisse zeigen, doch nur innerhalb bestimmter Grenzen möglich, die wiederum durch die jeweilige Konstitution gegeben sind.

Die Anpassungsfähigkeit als solche ist konstitutionell zweifellos verschieden, ebenso die Plastizität. Das Ausmaß ist aber wieder abhängig von der Art der geforderten psychomotorischen Tätigkeit. Das Anpassungsvermögen ist ferner, wie die Versuche zeigen, nicht allein abhängig von der konstitutionellen Motorik, sondern wird auch wesentlich davon beeinflußt, ob die bei der Tätigkeit zu verwendenden Elemente der Eigenart des jeweiligen Konstitutionstypes besonders entgegenkommen oder nicht.

Derjenige Konstitutionstyp, dem eine vorgeschriebene Tätigkeit anlagemäßig „liegt“, führt diese von vornherein verhältnismäßig gut aus, so daß sich seine Verbesserungsfähigkeit nach ein bis drei Wiederholungen kaum mehr wesentlich hebt. Man darf daraus schließen, daß er bei längerer Ausübung der ihm „liegenden“ Tätigkeit eher zu Höchstleistungen gelangen wird als der andere Konstitutionstyp, der zwar zunächst gut zu verbessern vermag, bei einer längeren Ausübung — einer ihm nicht liegenden Tätigkeit — aber kaum über eine gewisse Grenze der Leistungen hinaus gelangt.

Da die Leptosomen z. B. bei bestimmten Versuchen eine besondere Neigung zum Konstruieren und Abstrahieren zeigen, werden sie bei Tätigkeiten, die dies erfordern, wahrscheinlich auch im praktischen Leben durchschnittlich mehr zu leisten vermögen als die beiden anderen Konstitutionstypen, wenngleich letztere durch Einübung ein gutes Durchschnittsniveau werden erreichen können. Entsprechendes gilt umgekehrt von den Pyknikern bei Arbeiten, die eine größere psychische Umstellbarkeit und einen häufigen motorischen Wechsel erfordern,

und für die Athletiker bei Arbeiten, zu denen eine mehr langsame, aber kräftige Motorik gehört.

Es zeigt sich also schon bei verhältnismäßig sehr einfachen motorischen Verrichtungen, daß die „motorische Begabung“ niemals allein von der Motorik abhängig ist, sondern stets auch von seelischen Faktoren, unter denen die Art der Aufmerksamkeit sowie die der Affektivität die wesentlichste Rolle spielen. Wir begegnen hier Wurzelformen der Persönlichkeit, deren Aufdeckung in sinnes- und denkpsychologischen sowie Affektivitätsuntersuchungen wir später noch darzustellen haben. Bereits hier zeigt sich: die Persönlichkeitsradikale sind nicht isolierte, untereinander zusammenhanglose Merkmale, sondern sie haben alle Bezug auf den Gesamtaufbau der Persönlichkeit und weisen auf eine sinnvoll arbeitende, erbmäßig begründete Ganzheit aller seelischen wie körperlichen Vorgänge hin.

Können wir aus anlagebedingten Faktoren der Konstitutionstypen die ihnen wesensmäßigen motorischen Höchst- oder Bestleistungen erfassen und verstehen, so dürfte es umgekehrt auch möglich sein, in der veränderten Motorik der Kranken, insbesondere der psychotisch Erkrankten, ebenfalls die konstitutionstypischen Merkmale in bestimmter Ausprägung wiederzufinden. Nur in großen Umrissen sei auf die typologisch bedingte Abhängigkeit der Bewegungsstörungen bei den einzelnen Konstitutionstypen aufmerksam gemacht, wie sie sich der täglichen klinischen Beobachtung darbieten. Die Psychomotorik des gesunden Pyknikers hat sich uns in der Beobachtung wie im Experiment übereinstimmend als eine weiche, flüssig abgerundete, vielgestaltige, bald frisch lebendige, bald langsam behäbige gezeigt. Sehen wir den typischen Pykniker an einer Manie erkranken, so finden wir die Neigung zur Vielgestaltigkeit, die sich experimentell z. B. in dem hohen „Wanderprozent“ äußerte, in einem heftigen Bewegungsdrang wieder, wobei aber das Ineinanderspiel der Bewegung, die Koordination, nach wie vor flüssig, abgerundet und weich bleibt und kaum je den Charakter des Hastigen oder gar des Sprunghaft-Fahrigen trägt. Umgekehrt sehen wir das langsam behäbige Eigentempo der Melancholiker verstärkt bis zur schwerfällig gehemmten Bewegungsarmut, ja bis zum Bewegungstupor gesteigert. Sobald aber Bewegungen noch irgend erfolgen, bleiben sie weich, abgerundet, und von natürlichem Ausdruck.

Die Psychomotorik der Leptosomen ist im Experiment wie in der täglichen Beobachtung eine im ganzen steife, oft eckige und abrupte. Die Leptosomen neigen bereits im normalen Ablauf ihrer Bewegungen zu unkoordinierten Entgleisungen größerer Muskelgruppen, zu Dauer-

spannung bei bestimmten Bewegungen, z. B. beim Schreiben, zur Perseveration, Stereotypie und Mechanisierung. Ein Teil dieser Erscheinungen tritt in der Symptomatik der Bewegungsstörungen der Schizophrenen zutage, vor allem im katatonen Symptomenkomplex. Das Eckige und Steife der Psychomotorik sowie die Neigung zu Spannungen und Verkrampfungen finden wir in der Psychose wieder als fahrig hastige, extrem steife und verkrampfte Hyperkinesen, und die Tendenz zu Spannungen in verzerrter Vergrößerung in Form von Katalepsie, motorischem Negativismus, oder in völliger Akinese. Die beim gesunden Leptosomen vorhandene Neigung zur Perseveration und Stereotypie findet ihre krankhafte Enthemmung in den bekannten perseverativen und stereotypen Bewegungsstörungen vieler Katatoner. Auch die typische Motorik der gesunden Athletiker wandelt sich in den krankhaften Störungen im Sinne einer entstellenden Vergröberung, sei es im explosiven wilden Bewegungssturm Epileptoider im Affekt oder im Dämmerzustand, sei es als langsam schwerfällige, lahme und eintönige, äußerst ausdrucksarme Psychomotorik depressiv oder kataton erkrankter Athletiker.

Diese kurzen Hinweise mögen genügen, um darzutun, wie die Kenntnis experimentalpsychologischer Ergebnisse die Arbeit des Psychiaters befruchten kann. Es soll hier keine Anleitung zu experimentellen Untersuchungen gegeben werden, diese muß den jeweiligen Originalarbeiten entnommen werden. Vielmehr dient die Schilderung der Methoden, Beobachtungen und Ergebnisse unserer Forschung hier lediglich der Schulung des Blickes in der Beachtung feinerer Unterschiede, die geeignet sind, wichtige diagnostische und prognostische Hinweise zu geben und damit auch das therapeutische Handeln zu beeinflussen.

Nicht minder wichtig als die Auffindung psychomotorischer Wurzelformen der Persönlichkeit ist, sowohl für die psychiatrische Praxis wie für die Erbforschung, die exakte Erfassung von Radikalen auf denk- und sinnespsychologischem sowie affektivem Gebiet. Auch für die letzteren ist die experimentelle Untersuchung die Methode der Wahl, sofern sie ihre Fragestellungen und Ergebnisse zur Gesamtpersönlichkeit, zur Konstitution in Beziehung zu setzen vermag. Unter Konstitution verstehen wir die Gesamtheit aller individuellen körperlichen und seelischen Eigenschaften, die auf Vererbung beruhen, d. h. genotypisch verankert sind. Wir suchen also die seelischen Wurzelformen auf innerhalb ihres Gesamtgefüges, ihres Aufeinanderbezogenseins in einer Persönlichkeit, wie sie ausschlaggebend für das Erscheinungsbild des Menschen in seiner Wechselwirkung mit der Umwelt sowohl im augenblicklich sich darbietenden seelischen Querschnitt wie im Längsschnitt des Lebenslaufes sind. Das heißt: es ist uns nicht

in erster Linie um die Isolierung seelischer Elemente zum Zwecke theoretisch-psychologischer Erkenntnis zu tun, sondern um die Erfassung von Wirkungszusammenhängen mit dem letzten Ziel, unsere Ergebnisse für die Zwecke seelischer Gesundheitsführung im weitesten Sinne nutzbar zu machen: für die seelische Hygiene in allen zwischenmenschlichen Beziehungen, für Verhütung und Behandlung seelischer und geistiger Schäden, für die Berufs- und Eheberatung und die Erbpflege. Für eine fruchtbare Verwertung der experimentellen Methoden ist demnach die ganzheitliche oder konstitutionsbiologische Einstellung unerläßlich. Sie bannt auch jede etwa auftauchende Gefahr, daß wir wieder in die Fehler der einstigen Experimentalpsychologie verfallen könnten. Zugleich rechtfertigt sie unsere Ansicht, daß das Seelische überhaupt mit naturwissenschaftlichen Methoden erfaßbar sei, eine Ansicht übrigens, die kein geringerer als Goethe mit folgender Zielsetzung ausgesprochen hat:

„unsere Ästhetik immer enger mit Physiologie, Pathologie und Physik zu vereinigen, um die Bedingungen zu erkennen, welchen einzelne Menschen sowohl, als ganze Nationen, die allgemeinsten Weltepochen so gut als der heutige Tag unterworfen sind". —

Niemand wundert sich, wenn der Arzt zur Beurteilung des Gesamtzustandes eines Menschen dessen Puls zählt, den Blutdruck mißt, das Blutbild in seinen feinsten Bestandteilen auszählt, das Verhältnis von Blutfarbstoff und roten Blutkörperchen als Färbeindex errechnet, ja man würde einen Arzt mit Recht als oberflächlich tadeln, der auf den bloßen Eindruck hin, lediglich nach Beobachtung oder gar theoretischen Überlegungen sein Urteil abgeben wollte. Sondern man verlangt von ihm dies alles zusammen: die Beobachtung, die exakte Messung und die Überlegung. Was veranlaßt nun einen großen Teil der Geistes- und Naturwissenschaftler, auf seelischem Gebiet die eine wichtige Komponente der Forschung, die exakte Messung, ausschalten zu wollen? Es kann nur die unbewußte Überheblichkeit des menschlichen Geistes sein, aus der heraus es als unangenehm, gewissermaßen beleidigend für den Menschen empfunden wird, daß sein Reservat innerhalb der Organismenwelt, das hochentwickelte Geistes-Seelenleben, ebenso den Naturgesetzen unterworfen sein soll wie die Körperwelt; daß auch hier Maß und Zahl herrschen, und nicht die Willkür unserer Wünsche. Jedoch liegt darin keine Herabwürdigung des Seelischen, im Gegenteil. Das Gefühl oder Bewußtsein eines sinnvoll-gesetzmäßigen Eingefügtseins in den größeren Zusammenhang ist für den Menschen von jeher eine Lebensnotwendigkeit gewesen und wird es auch immer sein. Es ist kein Zufall, daß unsere großen, schöpferischen Denker tief religiöse Menschen waren und daß z. B. jener geniale Mathematiker-Astro-

nom Johannes Kepler, unablässig Maß und Zahl im Kosmos suchend und findend, in einer kirchlich aufs strengste gebundenen Zeit zu einer ganz eigenständigen Frömmigkeit gelangte, die nichts als Ehrfurcht und freudig bejahende Eingliederung in die göttliche Ordnung war. Vielleicht ist dies der schwerste, weil ganz vitale Instinktverlust, der einen großen Teil der Wissenschaftler betroffen hat: daß sie dies echt religiöse Gefühl des Gebundenseins — das nicht demütigt und auch nicht der Verpflichtung und Freiheit zum sittlichen Handeln beraubt —, daß sie diesen Lebenszusammenhang verloren haben.

Nur so ist es wohl zu verstehen, daß vielen, die zwar den Anspruch auf wissenschaftliche Objektivität erheben, hinsichtlich der Frage: Natur- oder Geisteswissenschaft? das eine nicht mehr klar zu sein scheint: hier wie dort handelt es sich doch darum, auf jedem überhaupt gangbaren Weg so weit wie möglich in die Probleme einzudringen und Erkenntnisse zu gewinnen zum Nutzen aller. Wenn wir mit Hilfe unserer konstitutionstypologischen Betrachtungsweise durch experimentalpsychologische Methoden seelisch-geistige Wurzelformen auffinden, die dann durch die Erbforschung als Erbfaktoren mit gesetzmäßigem Vererbungsgang bestätigt werden, so dienen wir damit nicht nur der Eugenik, sondern gerade auch den Geisteswissenschaften. Denn alle nur theoretische Durchdringung ästhetischer und ethischer Probleme endet letztlich in Begriffen und Worten, die sich im Kreise drehen müssen, wenn sie nicht anwendbar auf das mit unseren Sinnen erfaßbare Leben sind. Damit sie dies werden, kommt ihnen die Naturforschung, deren wissenschaftlich-exakteste Form die experimentelle ist, entgegen; sie bietet der Betrachtung „von oben her" das so weit wie möglich konkrete Material an. Es zu ergreifen und wiederum gedanklich zu verarbeiten, ist Sache der Geisteswissenschaft, — aber nicht, es abzulehnen oder zu übersehen. Darum sollten Natur- und Geisteswissenschaft nicht, wie es noch erstaunlich oft geschieht, als ein Entweder-Oder, sondern als ein Sowohl-Als auch verstanden werden. Jede gefühlsmäßig bedingte Abneigung gegen eine Methode, die wissenschaftlich einwandfrei ist, kann nur den Fortschritt unserer Erkenntnisse hemmen. Die naturwissenschaftliche Methodik ist nicht nur, wie manche Geisteswissenschaftler meinen, „eindeutig und erlernbar" und lediglich eine Arbeitshilfe, die über Bord geworfen werden könne, wenn nur erst das Ergebnis gewonnen sei; gerade sie ist „eine positive, ursprüngliche und wesentliche Weise des Arbeitens und Erkennens überhaupt" (zit. nach einem Referat von *W. Bökenkamp*), auf die leider manche Geisteswissenschaftler, in alter Fehde gegen die Natur und ihre Erforschung, den alleinigen Anspruch erheben möchten.

Um solche Wurzelformen zu erfassen, deren Auswirkungen noch in

den letzten und feinsten Äußerungen der Persönlichkeit zu erkennen sind, in der besonderen Art ihrer Auffassungs- und Empfindungswelt und damit auch im künstlerischen Gestalten oder Nacherleben, haben wir u. a. die Farb- und Formenempfindlichkeit unter konstitutionstypologischen Gesichtspunkten geprüft. Unsere eigenen Ergebnisse, die hauptsächlich mit Tachistoskopversuchen (Darbietung farbiger Buchstaben bzw. Silben) gewonnen wurden, konvergieren mit denen der zahlreichen anderen Forscher, die sowohl Tachistoskop- wie Sortierversuche, die Form-Farbscheibe oder den *Rorschach*-Test anwandten (*Munz, Scholl, Lutz, Braat, Bruno, Engel, Lüth, R. Schmidt*), und zwar in der folgenden Richtung: Die Leptosomen und Athletiker sind vorwiegend formempfindlich, die Pykniker vorwiegend farbempfindlich. Bei unseren Untersuchungen, sowohl mittels eines Tachistoskopversuches wie im *Rorschach*schen Formdeuteversuch (über diesen siehe später), ergab sich außerdem, daß die Athletiker am farbunempfindlichsten sind. Sehr schön lassen sich diese konstitutionstypisch bedingten Unterschiede in der Auffassungs- und Darstellungsart von Dichtern und Schriftstellern wiederfinden; wir werden dies bei der Besprechung des *Rorschach*-Versuches noch einmal kurz streifen.

Erwiesen sich die Farb- und Formenempfindlichkeit schon auf Grund ihrer eindeutigen Beziehungen zu den Konstitutionstypen als sichere Wurzelformen, so ist dies Ergebnis erhärtet durch die von *K. F. Lüth* an Eltern und deren Kindern vorgenommenen erbbiologischen Tachistoskopuntersuchungen, mit deren Hilfe bestimmte Erbzusammenhänge nachgewiesen wurden. Auch *Kleinknecht* konnte zeigen, daß es sich bei der Form-Farbbeachtung in der Tat um erbmäßig begründete Wurzelformen handelt. Er fand unter 33 Kindern, deren beide Eltern Formbeachter waren, wiederum 28 Formbeachter; 19 Kinder von farbempfindlichen Eltern waren sämtlich Farbseher.

Um die seelisch-geistigen Spaltungsphänomene, die in der Normal- wie Pathopsychologie eine wichtige Rolle spielen, auf ihre zugrundeliegenden Wurzelformen zu untersuchen, haben wir mit unserer üblichen Methodik — Beobachtung, Experiment und Korrelierung mit den Körperbautypen — u. a. einen Merkversuch mit gemischtfarbigen Reihen benutzt. Er stammt von *Rybakoff* und wurde von uns für konstitutionstypologische Zwecke eingeführt.

Der Versuchsperson wird eine Tafel dargeboten, auf der sich untereinander angeordnete Querreihen mit verschiedenfarbigen Quadraten befinden. Während die Versuchsperson die Tafel langsam (ohne vorgeschriebene Zeit) in einen Umschlag schiebt, muß sie sich jeweils von einer Reihe merken, wieviel Quadrate von jeder Farbe sie enthält.

Bei diesem Versuch zeigten sich die Pykniker viel ungeschickter als die Leptosomen und Athletiker. Die Pykniker hatten nämlich die durchschnittliche Fehlerzahl von 32,4, und das war etwa fünfmal mehr als bei den Leptosomen (6,7 Fehler) und rund doppelt so viel als bei den Athletikern (15,3 Fehler) im Durchschnitt.

Bei diesem Experiment mußten die Versuchspersonen also in der Lage sein, sich die verschiedenen Sinneseindrücke gleichzeitig nebeneinander ins Bewußtsein einzuprägen und sie festzuhalten, ohne sich durch den ständigen Wechsel der verschiedenen Eindrücke im Gedankenablauf stören zu lassen. Die Versuchspersonen mußten somit zu einer möglichst guten Lösung der Aufgabe ihr Gesamtbewußtsein gut spalten können in drei oder mehrere Teilintentionen (z. B. rot, blau, grün, gelb), so daß jede dieser Bewußtseinsgruppen streng für sich, wie ein geschlossener Teilorganismus arbeitete. Wir verstehen also unter Spaltungsfähigkeit im normalpsychologischen Sinne allgemein die Fähigkeit zur Bildung getrennter Teilintentionen innerhalb eines Bewußtseinsablaufes. Zur optimalen Leistung in dieser Richtung ist eine mehr konzentrative und perseverative Aufmerksamkeit erforderlich, wie sie nach den Ergebnissen anderer Untersucher (*van der Horst, Kibler, E. Kirsch*), z. B. am Lichtbrett und bei der Prüfung der „Simultankapazität", vor allem dem Schizothymen eignet, während die Aufmerksamkeit der Zyklothymen eine mehr fluktuierende ist. Diese grundlegenden Unterschiede wurden auch durch die neuesten Untersuchungen von *Enke* und *Hildebrandt* über die „Erfassungs- und Aussageform" bei den Konstitutionstypen unterstrichen. Für den komplexen Charakteraufbau aus den Wurzelformen ist auch die Beobachtung von *E. Kirsch* von Wichtigkeit, daß bei Aufgaben von verschiedener Schwierigkeit der Schizothyme mit den schwereren, der Zyklothyme mit den leichteren beginnt. Nach *Hayer* erweist sich der Zyklothyme bei der Lösung einer Aufgabe als findiger und wendiger als der Schizothyme, und der Zyklothyme neigt dabei zu Ganzheitsbildungen. All dies zeigt Zusammenhänge mit den Ergebnissen einer unserer weiteren tachistoskopischen Versuchsreihen, bei der wir lange ungewöhnliche Worte zur Darbietung benutzten. Wir exponieren z. B. das Wort: „Badevereinsmarke" und beobachten und registieren dabei, ob die Versuchsperson das ihr unbekannte Wort in 10 aufeinanderfolgenden kurzen Darbietungen zu entziffern vermag, und wie sie dabei vorgeht. Auch hier stellten sich verschiedene konstitutionstypisch gebundene Verfahrensweisen heraus. Die einen versuchen bei jeder Exposition von dem nur augenblicksweise erscheinenden Gesamtwort systematisch Einzelteile, Silben oder Buchstaben abtrennend zu erfassen. Sie konzentrieren ihre Aufmerksamkeit genau auf ein ganz kleines Stück des

jeweilig Gebotenen und spalten alles übrige zunächst völlig ab. Bei jeder weiteren Exposition wandert ihr Fixationspunkt zu dem Teil, der neben dem zuvor gesehenen liegt, und so gelangen sie von Abstraktion zu Abstraktion zu dem Wort, das von Anfang an als Ganzes exponiert worden ist.

Eine andere, völlig entgegengesetzte Art ist es, wenn eine Versuchsperson sogleich auf den Gesamteindruck des Wortes vorgeht. D. h. sie versucht bei jeder Darbietung das nur unklar und nicht richtig erkannte Gesamtgebilde sofort halb erfassend, halb ratend zu einem beliebigen, irgendwie sinnvollen Ganzen zu kombinieren. Die Versuchsperson gleitet also mit ihrer Aufmerksamkeit immer wieder über das ganze Wahrnehmungsbild und erfaßt infolgedessen nur oberflächlich einzelne Elemente des Dargebotenen. Zum Schluß der Expositionen wird dann oft irgendein, dem gezeigten ähnliches, Wort genannt, in dem aber nur einzelne Buchstaben oder Silben des Dargebotenen richtig enthalten sind. Entsprechend der Art des Vorgehens haben wir die erstere als analytische, die letztere als synthetische bezeichnet. — Es ist einleuchtend, daß das analytische Vorgehen nur dann erfolgreich sein kann, wenn es der Versuchsperson verhältnismäßig leicht fällt, sich jeweils nur auf ein kleines Stück des eben Gebotenen zu konzentrieren und alle anderen Sinneseindrücke so gut wie völlig abzuspalten, zu abstrahieren. Mit anderen Worten: nur wer den Gesamteindruck gut in Einzelkomponenten zu spalten vermag, wird während des Wahrnehmungsaktes gut abstrahieren können. Eine gute Abstraktionsfähigkeit beruht also in erster Linie auf einer guten Spaltungsfähigkeit und bedingt ihrerseits ein gutes Konzentrationsvermögen. Diese Überlegungen wurden durch unsere zahlenmäßigen Ergebnisse bestätigt: bei den Pyknikern verhalten sich die analytischen zu den synthetischen Lösungsversuchen wie 3,3 zu 5,1, bei den Leptosomen umgekehrt: wie 6,0 zu 2,0, und bei den Athletikern ebenfalls, aber nicht so stark umgekehrt: wie 5,7 zu 3,0.

Man ersieht daraus, daß der Begriff der Analyse und Synthese ebenso wie der Begriff der Abstraktion und Konzentration Teilbegriffe aus dem Gesamtbereich der psychischen Spaltungsphänomene sind. Auch bei der beschreibenden Statistik, wie im *Rorschach*-Versuch, zeigt sich, daß die nichtpyknischen Konstitutionsgruppen besser abstrahieren als die pyknischen. *Kibler* konnte bei einem Tachitoskopversuch mit unregelmäßig verteilten farbigen Silben, den er an psychisch gesunden und kranken Vertretern der Konstitutionstypen vornahm, eine ganz erheblich größere Abstraktionsfähigkeit der Leptosomen und Schizophrenen gegenüber den Pyknikern und Zirkulären feststellen. Aus allen den genannten und noch zahlreichen anderen Ver-

suchsergebnissen (*van der Horst, Kibler, Enke*) folgert *Kretschmer* zusammenfassend: „daß der durchschnittliche Arbeitstypus bei den Pyknikern ein mehr extensiver, auf das koordinierte, unzerlegte Nebeneinander der gegenständlichen Erscheinungen, bei den Leptosomen ein mehr intensiver, auf eine elektive Sichtung und abstraktiv-analytische Aufspaltung der Erscheinungen gerichteter ist".

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang eine statistische Feststellung *Zerbe*s über die Verteilung der Schachspieler innerhalb der Konstitutionstypen. Es ist klar, daß das Schachspiel, neben (oder mit?) seinen mathematischen Anforderungen, vor allem eine gute Abstraktions- und Konzentrationsfähigkeit verlangt. Ganz entsprechend fand *Zerbe* bei den von ihm untersuchten Studenten 73,3 Prozent Schachspieler unter den Leptosomen gegenüber nur 33,3 Prozent unter den Pyknikern, während sich die Athletiker mit 52,6 Prozent etwa zur Hälfte auf Spieler und Nichtspieler verteilten.

Die Spaltungsfähigkeit und die eng mit ihr zusammenhängende Konzentrationsfähigkeit erweist sich somit als ein elementarer, konstitutionsgebundener Faktor, und zwar als ein Radikal von grundlegender Bedeutung. Eine große Reihe komplexer seelischer Eigenschaften und Verhaltungsweisen, die namentlich für die Unterschiede menschlicher Intellekt- und Begabungsformen ausschlaggebend sind, bauen auf dieser Wurzelform auf. Von ihr hängt die Neigung zum abstrakten und theoretisierenden oder zum konkreten und anschaulichen Denken, zur Analyse oder Synthese ab. Auf der Spaltungsfähigkeit in ihrer Verbindung mit anderen Elementarfaktoren begründet sich eine mehr idealistische oder mehr realistische Lebenseinstellung. Auf affektivem Gebiet bestimmt sie die Art und Weise der Bildung von affektbetonten Komplexen oder Verhaltungen.

Die Perseveration als Wurzelform ist auf denk- und sinnespsychologischem Gebiet an zwei Punkten experimentell deutlich hervorgetreten, erstens bei einem Assoziationsversuch von *van der Horst* und zweitens in einem unserer Tachistoskopversuche mit farbigen Silben. Beide Male zeigte sich eine stärkere Perseverationsneigung der Leptosomen und Athletiker gegenüber den Pyknikern. *Van der Horst,* der in der üblichen Weise auf zugerufene Stichworte teils einmalige, teils fortlaufende Assoziationen geben ließ, faßt seine dabei gewonnenen Erfahrungen so zusammen: „Beim Vergleich der Assoziationen der leptosomen Schizoiden mit denen der pyknischen Zykloiden fiel es auf, daß unter den ersteren viel häufiger dieselben Reaktionen vorkamen. So reagierte ein Leptosomer 9mal mit dem Wort „arm", ein anderer 4mal mit dem Wort „anständig". — Wenn man diese Erscheinung unter den Begriff „Perseveration" zusammenfaßt und für beide Grup-

pen in Prozentzahlen die Häufigkeit berechnet, dann erhält man für die Leptosomen 2,2 Prozent, für die Pykniker nur 0,3 Prozent.

Trotz des ganz anderen Zusammenhanges in unseren Tachistoskopversuchen, die somit gute objektive Vergleichteste waren, ergaben sich dieselben starken Perseverationsunterschiede zwischen den Leptosomen und Athletikern einerseits und den Pyknikern andererseits. Stellten wir nämlich nach Vollendung einer ersten Serie von Expositionen die Versuchspersonen auf die umgekehrte Aufgabe ein, indem wir ihnen z. B. auftrugen, jetzt nicht mehr auf die Farben, sondern auf den Inhalt der Silben zu achten, so zeigte sich, daß trotzdem manche Versuchsperson zunächst immer wieder die Farben und dann erst die Buchstaben angab; ein gewisser Prozentsatz der Versuchspersonen verharrte also bei der früheren Aufgabenstellung, diese wirkte bei ihnen so stark nach, daß sie perseverierten. Bei der Auswertung ergab sich bei den Pyknikern ein Perseverationsprozent von 8, bei den Leptosomen fast die dreifache Zahl: 21,2, bei den Athletikern etwa die doppelte: 17,6. — *Kretschmer* nimmt zu dieser Wurzelform folgende theoretische Stellung ein:

„Diese Perseverationsneigung, die Neigung zum zähen Festhalten einer einmal eingenommenen Intention, dürfte auch ein Hauptfaktor bei der geringen Ablenkbarkeit der Leptosomen im Reaktionsversuch am Lichtbrett sein. Sie greift hier, wie an vielen anderen Punkten, so enge mit der Spaltungsfähigkeit ineinander, daß man sie garnicht trennen kann. Es ist klar, daß die Fähigkeit, eine bestimmte Intention festzuhalten, von der Fähigkeit, konkurrierende Intentionen abzuspalten, unzertrennlich ist. Theoretisch wäre es also denkbar, den Begriff der Perseveration in dem der Spaltung aufgehen zu lassen. Doch möchten wir davon absehen, weil sich zunächst nicht entscheiden läßt, ob nicht neben diesen negativen auch noch positive Fähigkeiten zum Zustandekommen der Perseveration erforderlich sind, es ist die immerhin sehr wahrscheinlich.“

Jedenfalls sind Spaltungs- und Beharrungsvermögen ein Wirkungspaar grundlegendster Art für den Persönlichkeitsaufbau, sowohl nach der intellektuellen, wie nach der affektiv-willensmäßigen Seite hin. Sie bedingen u. a. die differentialpsychologisch so wichtigen Unterschiede zwischen „Vigilität“ und „Tenazität“ des Aufmerksamkeitstypus. Im Verein mit den früher besprochenen psychomotorischen Radikalen bilden sie wichtige Faktoren für die individuelle Stetigkeit oder Beweglichkeit, für die Art und Weise geistiger Aufnahmefähigkeit, die geistige wie motorische Einseitigkeit oder Vielseitigkeit, die Oberflächlichkeit oder Gründlichkeit, die Pedanterie oder Großzügigkeit, die Konzentrationsfähigkeit und Energie.

Auf die Spaltungs- und Konzentrationsphänomene gerichtete experimentelle erbbiologische Untersuchungen sind im Gebiete der Erb-

psychologie der Elementarfunktionen der Begabung schon unternommen worden. So ist u. a. die erbliche Grundlage des „abstrahierenden Denkverhaltens" durch zwillingspsychologische Untersuchungen (*Gottschaldt*) bereits eindeutig erwiesen. *Paetzold* stellte Zwillingsuntersuchungen über solche Aufmerksamkeitsleistungen an, die Daueranspannung und hohe Konzentration, zugleich auch Verteilung der Aufmerksamkeit auf mehrere Inhalte erfordern. Dabei fand er durchschnittlich eine Erbbestimmtheit der Aktivitätsfunktionen, die diesen Leistungen zugrunde liegen.

Bei allen unseren Untersuchungen erwies sich als ein die Ergebnisse wesentlich mitbestimmender Faktor die Affektivität, wie es ja gar nicht anders sein kann, da sich stets der ganze Mensch, und nicht etwa nur seine psychomotorische oder intellektuelle Begabung, jedweder Leistung unterzieht. Die Affektivität bedingt, je nach der Ausgestaltung ihrer beiden Hauptfaktoren, der Affizierbarkeit und des Antriebes, die Temperamentsart einer Persönlichkeit. Bei der überragenden Bedeutung des Temperamentes für den gesamten Persönlichkeitsaufbau ergab sich uns von selbst die Aufgabe, auch zu den affektiven Grundhaltungen der Konstitutionstypen auf experimentellem Wege vorzudringen. Dann mußte sich, in Verbindung mit unseren sonstigen Versuchsergebnissen, nachprüfen lassen, ob und inwieweit affektive Wurzelformen als beherrschende Faktoren für die gesamten Verhaltensweisen der fertigen Persönlichkeit, also auch im Vorstellungs- und Empfindungsleben, gelten können.

Die eine Komponente der Affektivität, die des Antriebes, ist beim Ablauf der bisher beschriebenen Leistungen nicht deutlich sichtbar, geschweige denn meßbar, in Erscheinung getreten. Hingegen ist die andere Komponente, die der Affizierbarkeit, als Aufmerksamkeit, Tenazität, Ablenkbarkeit, Ausdrucksstärke und Aktivität oder Passivität vielfach zu beobachten, wenn auch nicht immer meßbar gewesen.

Da sich bekanntlich schon leichte Gefühlsschwankungen in geringen Innervationsänderungen des Körpers verraten, kommen für die Erfassung der Affektivität alle Methoden in Frage, die diese Änderung an Puls, Atmung, Blutdruck oder elektrischem Leitungswiderstand des Körpers meßbar machen. Schon das unvermeidliche Wissen davon, einem Experiment unterworfen zu sein, löst von vornherein bei jeder Versuchsperson eine irgendwie geartete affektive Grundhaltung aus. Natürlich gibt die affektive Einstellung einem Experiment gegenüber nur einen Teil der Gesamtaffektivität des Konstitutionstypus wieder. Die Gemütslage der Pykniker und der Leptosomen wie der Athletiker ist eine qualitativ verschiedene, und eine heitere oder traurige Stimmungslage z. B. wird schwerlich mit quantitativ messenden Methoden

erfaßt werden können. Jedoch ist eine solche Prüfung der nervösen, „sensiblen“ Temperamentsanteile sehr wohl möglich. Es ist wahrscheinlich, daß die Beschaffenheit dieser affektiven Innenerregbarkeit primär bestimmend auf Aufnahme- und Verarbeitungsweise des experimentell Dargebotenen einwirkt.

Ein hierfür besonders geeigneter Versuch ist das psychogalvanische Reflexphänomen nach *Veraguth*. *Enke* und nach ihm *Frommann*, *A. Schröder* und *Mall* haben den Versuch vor allem in seiner Bedeutung für die Konstitutionstypologie ausgewertet und sind dabei im wesentlichen zu gleichsinnigen positiven Ergebnissen gekommen. Wir fanden bei der statistischen Auswertung einer an 100 Personen (je ein Drittel Pykniker, Leptosome und Athletiker) vorgenommenen Versuchsserie wichtige konstitutionstypische Unterschiede der nervösen Erregbarkeit sowohl in der Ansprechbarkeit als auch in der Tenazität bei den einzelnen Versuchspersonen. Die Stärke und Dauer der Erregung erweist sich schon bei dem sogenannten „Ruheversuch“, bei dem nach Ingangsetzung des Versuches eine Viertelstunde lang gar nichts mehr geschieht, keine sonstige Reizgebung mehr erfolgt, als grundverschieden zwischen den Pyknikern und Athletikern einerseits, den Leptosomen andererseits. Der Grad der inneren affektiven Ansprechbarkeit ist bei den letzteren nach dem zahlenmäßigen Durchschnittsergebnis doppelt so groß als bei den Pyknikern (161 zu 80 mm). — Die Dauer der Anfangserregung beträgt bei den Leptosomen im Durchschnitt rund 14 Minuten, gegenüber nur 9 Minuten bei den Pyknikern und Athletikern. Einige Pykniker dieser Versuchsreihe waren schon nach $1^1/_2$ Minuten affektiv völlig ruhig, die Leptosomen frühestens nach 10 Minuten. In Übereinstimmung damit war 15 Minuten nach Beginn des Ruheversuches bei 45% der Leptosomen überhaupt noch keine affektive Beruhigung eingetreten, während dies nur bei 6% der Pykniker und $3^1/_2$% der Athletiker der Fall war.

Die affektive Innenerregbarkeit im Sinne der „nervösen“ Affektskala auf einen ganz leichten Reiz hin, wie ihn der psychogalvanische Versuch in seiner Gesamtheit darstellt, erweist sich also am stärksten bei den Leptosomen. Die Dauer der affektiven Spannung ist bei ihnen derart lang, daß man geradezu von einer Verkrampfung sprechen kann oder, in Analogie zu dem denkpsychologischen Verhalten der Schizothymen, von einer affektiven Perseveration. Dieses ganz verschiedene Verhalten zeigt sehr sinnfällig die elementare Bedeutung der jeweiligen Affektivitätsform für die Verhaltungsweisen eines Menschen überhaupt. Man muß sich nur einmal klarmachen, welcher ungeheuren affektiven Beanspruchung der schizothyme Mensch im täglichen Leben dauernd unterliegen muß, wenn er schon in einem solchen reizarmen Versuch

innerlich so stark und anhaltend reagiert. Auf Grund dieses Verhaltens der Schizothymen im Experiment dürfte es sich erklären, daß der Schizothyme im täglichen Leben gleichsam zum Schutze seines affektiven Konsums ganz bestimmter Verhaltungsweisen der Außenwelt gegenüber bedarf. Vielleicht liegt darin, wenigstens zum Teil, die Ursache für seine scheinbare, d. h. nur äußere Ruhe und Kälte, für seinen Autismus, seine geringe Rapportfähigkeit mit der Außenwelt. Es tritt in diesem Versuch der von *Kretschmer* aufgestellte Grundfaktor der „psychästhetischen Proportion" bei den Schizothymikern überzeugend hervor. Die Leptosomen tragen zwar nach außen hin dem Versuch gegenüber häufig eine ihnen auch sonst eigene, betonte Ruhe, Gemessenheit, ja Blasiertheit zur Schau. Hinter dieser kühlen Fassade verrät sich aber die größte Innensensibilität in den fast gar nicht zur Ruhe kommenden, beständigen „nervösen" Schwankungen der Galvanometerkurve.

Mit dem Verhalten bei dem Ruheversuch deckt sich im allgemeinen dasjenige bei den von uns angestellten Reizversuchen. Auch bei leichten Sinnesreizen weisen die Leptosomen im Durchschnitt eine größere Unruhe und Dauerspannung auf als die Pykniker und Athletiker. Bemerkenswert und als ein weiterer elementarer Persönlichkeitsfaktor erkennbar ist, daß die Pykniker unverhältnismäßig stark auf ganz leichte Schmerzreize reagieren. Umgekehrt tritt bei zahlreichen Leptosomen trotz oder gerade wegen ihrer affektiv gespannteren Gesamthaltung ein kleiner Nadelstich gar nicht oder kaum als solcher ins Bewußtsein, so daß er keinen oder nur einen sehr geringen Ausschlag am Galvanometer hervorruft. Es findet sich in diesen Ergebnissen die klinisch bekannte Unempfindlichkeit vieler Schizothymiker gegenüber den Vitalgefühlen wieder, wie Hunger, Durst, Kälte und Schmerz, wiesie der Psychiater besonders bei akuten Katatonien dieser Konstitutionsgruppe in ihren oft brutalen, rücksichtslosen Nahrungsverweigerungen, Selbstverstümmelungen, Urin- und Stuhlverhaltungen beobachten kann.

Andererseits stellen sich schon die beim Ruheversuch aufgefundenen hyperästhetischen Komponenten der schizothymen Konstitution eindeutig bei einem unerwarteten Gehör- bzw. Schreckreiz heraus. Die Leptosomen erweisen sich bei diesem Versuch als die besonders Sensiblen und Nervösen. Bei den Pyknikern hingegen tritt gerade in diesem Versuch ihre größere Fähigkeit hervor, auch starke Affekte verhältnismäßig schnell in psychomotorische Äußerungen abzuleiten und damit abzureagieren.

Die Athletiker zeigen bei diesem Versuch in wesentlichen Teilen eine nur für sie charakteristische affektive Verhaltungsweise. Im Ruhever-

such ist bei ihnen die initiale affektive Innenerregbarkeit stärker als bei den Pyknikern, ohne aber entfernt den Durchschnittsgrad derjenigen der Leptosomen zu erreichen. Die Dauer der innerseelischen Erregung ist bei ihnen jedoch im Vergleich mit derjenigen der Leptosomen und Pykniker am geringsten. Eine Neigung zu längerem Nachwirken der Affekte ist daher bei ihnen im Gegensatz zu den Leptosomen experimentell nicht nachweisbar. Wenn man aber die Zeit vom Beginn bis zum Höhepunkt der Erregung mißt, so zeigt sich bei den Athletikern als eigenes Persönlichkeitsradikal eine verlangsamte, visköse affektive Ansprechbarkeit. Sie dürfte der größeren Schwerflüssigkeit entsprechen, die an den Athletikern auch im Alltag wahrzunehmen ist. Gerade diese langsame affektive Ansprechbarkeit kann aber in Verbindung mit der initialen Innererregbarkeit zu plötzlichen Affektausbrüchen führen, wie sie bei komplizierten psychomotorischen Versuchen (Konstruktionsversuch) von uns schon beobachtet wurden.

Andere, die Affektivität beeinflussende Wurzelformen sind in den früher besprochenen Versuchsergebnissen bereits enthalten. So sind nach *Kretschmer* die Perseverationsvorgänge für das affektive Verhalten ebenso wichtig wie für das intellektuelle. Das „Haften" affektbetonter Vorstellungen beim sensiblen, innerlich nervösen Schizoiden, das Nichtloswerdenkönnen unangenehmer Eindrücke u. ä. gehört mit in den Zusammenhang der größeren Perseverationsneigung der Leptosomen überhaupt. Ebenso gehören hierher die Unterschiede in der intrapsychischen Spannung bzw. Entspannungsfähigkeit, wie sie an der Schriftwaage zum Vorschein kommen. Beide, die experimentellen Perseverations- und Spannungsphänomene müssen zusammengesehen werden mit den klinischen und allgemeinpsychologischen Beobachtungsreihen, die die erhöhte Neigung der schizothymen Gruppen zu innerseelischen Verkrampfungen und Komplexmechanismen verraten.

Eine ausgesprochene Bedeutung hinsichtlich der Affektivität haben gewisse Momente in dem Rhythmusversuch am Ergographen (hier auch zahlenmäßig faßbar) oder in dem Wasserglasversuch. Es kommt darin das Sichern, die mißtrauische Erwartung, die zögernde Vorsicht auf Seiten der Schizothymiker ebenso charakteristisch zum Vorschein wie ihr gespannter Ehrgeiz und die vermehrte Sorgfalt und Genauigkeit, mit der sie auch Schwierigkeiten der eigenen Anlage kompensieren und teilweise überkompensieren. Der manchmal pedantisch wirkende Ernst, mit dem die Schizothymiker an die experimentellen Aufgaben herangehen, hebt sich lebhaft ab von der naiven Sorglosigkeit vieler Pykniker bei intellektuellen und motorischen Leistungen. Völlige Verweigerung der Teilnahme an psychologischen Versuchen kommt bei den Pyknikern so gut wie niemals, häufig aber bei den Schizothymikern

vor. Diese ganze Gruppe von Affekten hat nahe Beziehung zu dem Autismus, der sichernden Menschenscheu und den Selbstwertproblemen (*Kretschmer*).

Einen methodisch anderen Weg zur experimentellen Erschließung seelischer Grundhaltungen ging *Kroh* mit seinen Schülern. Er ist der Ansicht, daß man auch unter Verzicht auf die Konstitutionsbestimmung, allein durch die experimentalpsychologische Untersuchung der Persönlichkeit als solcher, zu seelischen Merkmalen vordringen könne, die ihrerseits eine typologische Gliederung möglich machen müßten. Die Ergebnisse sind im wesentlichen zusammengefaßt in der teils vererbungstheoretisch, teils experimentalpsychologisch fundierten Typengliederung *Pfahler*s, der den Begriff der „Grundfunktionen" einführte. Eine experimentelle Untersuchung der Vererbung der Grundfunktionen liegt bisher nur von *Weimer* vor und zwar an den Mitgliedern einer Familie.

In ähnlicher Richtung wie unsere experimentellen Methoden zur Erfassung von Wurzelformen gehen diejenigen von *Ach* und seiner Schule. Einen grundlegenden Faktor der Persönlichkeitsstruktur sieht *Ach* in der „Objektion", worunter er die Fähigkeit der Verlegung seelischer Tatbestände auf ein Objekt versteht. Eine der Voraussetzungen der Objektion ist der „Entlastungstrieb". Er bestimmt in hohem Maße die Produktionsfähigkeit einer Persönlichkeit, während ihm antagonistisch der Faktor der Perseverationsneigung entgegensteht und reproduktiv wirkt. Unter zahlreichen experimentellen Untersuchungen über die Grundfaktoren ist die Arbeit von *Schulz* über „Lüge und Charakter" von großer Wichtigkeit; sie legt dar, daß die Gewinnung der Grundfaktoren auch den Zugang zu komplexeren seelischen Merkmalen freimacht. Entsprechendes gilt ja auch für unsere Wurzelformen, insbesondere für die Wirkungspaare unter ihnen, wie es z. B. Spaltungs- und Beharrungsvermögen oder die affektive Innenerregbarkeit und die affektive Perseveration sind.

Anschließend an unsere oben dargestellten Untersuchungen haben u. a. *Frommann, A. Schröder* und *Mall* das psychogalvanische Reflexphänomen in seiner Bedeutung für die Konstitutionstypologie ausgewertet. Letzterer kam bei seinen schon erwähnten musiktypologischen Untersuchungen nicht nur zu einer eindeutigen Bestätigung unserer Befunde über die Affektivität der Konstitutionstypen, sondern auch zu sehr feinen Differenzierungen ihrer unmittelbaren klanglichen Ansprechbarkeit und der strukturpsychologisch tiefer gelagerten affektiven Dynamik des ästhetischen Musikerlebnisses. Er faßt seine Ergebnisse dahin zusammen:

„Der Zyklothyme ist klanglich unmittelbar stärker ansprechbar als der

Schizothyme. Die warme Sinnenfreudigkeit des zyklothymen Temperaments... kommt auch im musikalischen Erlebnis durch ein besonders leichtes Mitschwingen zum Ausdruck. Bei seiner hohen Distributionsfähigkeit und Simultankapazität kann der Zyklothyme, ohne eine Störung zu empfinden, neben seiner Arbeit, neben dem Lesen oder handwerklichen Schaffen, Musik anhören, mitsummen oder pfeifen. Wenn auch die spezielle Art der Musik für ihn nicht die Bedeutung erlangt, wie für den Schizothymen, so reißt ihn doch leichte, beschwingte Musik am stärksten mit.

Ganz anders liegen die Verhältnisse beim Schizothymen. Bei seinem engen Auffassungsumfang und seiner fixierenden Aufmerksamkeit wird er durch die Musik bei weitem nicht so unmittelbar mitgerissen wie der Zyklothyme. Entweder beachtet er aufmerksam die Darbietung, kann dann aber nichts anderes daneben tun, oder aber ist er am Arbeiten, dann wird er durch eine gleichzeitig erklingende Musik irritiert und nervös. Meist sind es nur ganz bestimmte Formen der Musik, die ihn anzusprechen vermögen. Sein Geschmack scheint gut entwickelt und gepflegt, oft einseitig. Er liebt streng gegliederte, dynamisch klar aufgebaute Musik, bei deren Anhören er sich ganz sammeln muß."

Und weiterhin über die affektive Dynamik:

„Der Zyklothyme scheint beim Anhören von Musik in einen spannungsgelösten Zustand eines Glücksgefühls zu verfallen, wobei die Skala dieses Glückserlebens, je nach der Art der Musik, zwischen heiter, froh-wehmütig, sehnsüchtig — und sogar wohltuend traurig schwingen kann. Er wird innerlich freier, entspannter, gelockerter, ergriffen.

Während wir beim Zyklothymen in den meisten Fällen beim Anhören von Musik einer inneren Entspannung und Auflockerung begegnen, verfällt der Schizothyme bei einer ihm adäquaten Musik in einen „seeligen beinahe ekstatischen" Zustand. Es ist ihm, als erreiche er dabei einen „höheren Zustand seines Ichs". Er fühlt sich wie „berauscht, der Gegenwart enthoben" und wenn auch dieses tiefe Affekterlebnis nach außen kaum zum Ausdruck kommt, so bestehen innerlich doch starke Affektspannungen. Der Schizothyme schwingt innerlich beim Anhören von Musik zwischen höchstem Glücksgefühl und nervöser Spannung. Schon geringe Unreinheiten im Vortrag vermögen die Reinheit des ästhetischen Erlebnisses zu trüben und ihn nervös zu machen. Bei virtuoser, ihn ansprechender Musik erwächst aus dem reinen Glückserleben eine introvertierte Schau neuer Ideen und Probleme, die „Sollcharakter" tragen und zwingend Bearbeitung fordern. Sogar der unmittelbare Wunsch nach sittlicher Reifung entspringt bei manchen Schizothymen aus dem inneren Erlebnis, das von manchen als „religiöses Erlebnis" bezeichnet wird. In stiller, nach innen gekehrter Schau steht dann der Schizothyme in manchen Fällen ursprünglichen Strebungen gegenüber, die ihn entwicklungsmäßig über seinen gegenwärtigen Zustand zur höheren Reifung zu führen scheinen." —

Diese Ergebnisse sind natürlich, wie auch alle unsere eigenen, nicht allein aus Kurvenmaßen und -zahlen gewonnen, sondern aus der Verbindung der „naturwissenschaftlich exakten" Methodik mit der biologischen Erfassung der Gesamtpersönlichkeit, wie sie sich nur durch eingehende Explorationen und zahlreiche Einzelbeobachtungen er-

schließt. Jedenfalls zeigt schon dieses eine Beispiel, wie sehr wir uns auf dem konstitutionstypologischen Wege bereits heute jenem von Goethe umrissenen Ziele genähert haben: „unsere Ästhetik immer enger mit Physiologie, Pathologie und Physik zu vereinigen", und wie gut es möglich ist, die höchsten Sphären des Geistes, ohne deren Herabwürdigung oder Banalisierung, unter naturwissenschaftlichen und erbbiologischen Gesichtspunkten zu betrachten. Zugleich beleuchtet gerade dieses Beispiel einer typologischen Erfassung des musikalischen Erlebens aufs schärfste die Verschiedenheit unserer Arbeitsweise von derjenigen mancher „Audruckslehren", u.a. von der Graphologie. Soweit diese überhaupt auf exakt vergleichbaren Merkmalen fußt, ist es ihr Bestreben, ohne Kenntnis einer Persönlichkeit, lediglich durch Deutung und Auslegung der Schriftproben, das Querschnittsbild sowohl, als auch den Entwicklungsgang eines Menschen zu bestimmen. Wir aber wollen nicht deuten und haben nicht den Ehrgeiz, aus einigen wenigen Merkmalen heraus das Gesamtbild eines Menschen zu erschließen — ein Vorgehen, das der Mannigfaltigkeit und Verwobenheit seelischer Strukturen nicht gerecht werden kann. Wir gehen Schritt für Schritt korrelationsstatistisch vor, d. h. wir ziehen unsere Schlußfolgerungen — nicht für die fertige Persönlichkeit, sondern für ihre konstitutionelle, erbmäßig verankerte Grundstruktur — erst nach dem Vergleich der zahlenmäßigen Ergebnisse mit allen biologisch für uns erfaßbaren Faktoren. Wir müssen daher aus unserem naturwissenschaftlichen Gewissen heraus skeptisch gegen jede Methode sein, die sich mit der Festlegung einzelner Merkmale begnügt und bereits an dem Punkt zu deuten anfängt, wo wir wiederum mit exaktem Vergleichen einsetzen. Wir sehen in unserem Vorgehen den sichereren Weg, zur Ganzheit der Persönlichkeit zu gelangen, und unsere Skepsis sollte der geisteswissenschaftlichen Psychologie nicht ein Grund zur Ablehnung unserer Methoden, sondern ein Ansporn zur Überprüfung ihrer eigenen sein; wie wir umgekehrt der Philosophie als reiner Ästhetik und Ethik nicht entraten können, um aus der menschlichen Sinngebung für biologische Tatsachen den Kreis der möglichen Erkenntnisse sich schließen zu sehen. Nur sollte die geisteswissenschaftliche Psychologie nicht, auf dem schwankenden Grund ihrer zahlreichen unbeweisbaren Hypothesen, ihrer theoretischen Voraussetzungen, die naturwissenschaftliche Psychologie hemmen wollen; vielmehr müßte sie, wozu ja Ansätze auch vorhanden sind, diese biologisch exakte Psychologie sich zu eigen machen, um selbst weiter zu kommen. Nur die Erforschung der Natur bietet immer neue Fragestellungen, und nur solche können dem Fortschritt der Erkenntnis dienen. Wo die konkreten Unterlagen fehlen, kann der menschliche

Geist letzten Endes nur Abwandlungen der ewig gleichen Grundfragen des Daseins in Form von Gedanken- oder Wortspielen liefern. Wo wir aber die Geheimnisse der spröden Natur in mühsamer Entdeckerarbeit als immer neue Gesetzmäßigkeiten erkennen, da gewinnen wir auch immer von neuem die Richtlinien, Bestätigungen oder Korrekturen für unser sittliches Handeln und ästhetisches Empfinden. Wie wir es eingangs schon sagten: nur die Ganzheitspsychologie — die notwendig eine biologische sein muß — kann fruchbar für die praktische Psychologie des Lebens werden. Nach allem dürfte wohl kein Zweifel mehr daran bestehen, daß auch die experimentellen Methoden der Konstitutionstypologie einen wichtigen Beitrag zu dieser biologischen Psychologie zu liefern haben, — daß sie keinesfalls als „inadäquat" von der Seelenforschung vernachlässigt oder gar abgelehnt werden können. Daß sie dem Kliniker, insbesondere dem Psychiater, viel zu bieten haben, ist aus unseren Schilderungen schon hervorgegangen.

Noch ein paar Worte an den Psychotherapeuten (wobei zu hoffen ist, daß sich in den kommenden Ärztegenerationen jeder Psychiater mit Recht als Psychotherapeut wird bezeichnen können). Er würde ganz und gar fehlgehen, wenn er annähme, wir rückten mit unserer experimentell exakten Forschung von der Synthese, dem Aufbau der Persönlichkeit, ab. Im Gegenteil! —

Machen wir uns den Entwicklungsgang der noch jungen psychotherapeutischen Disziplin einmal klar: zunächst kannte sie nur die Symptomendeutung und dann die Erlebnisanalyse, die auf die verschiedenen Triebpsychologien gegründet war. Außer dem unbestreitbaren Heilwert des teilweisen „Abreagierens" in der Aussprache oder Katharsis hat sie allein aber keinerlei Erfolge aufzuweisen. Denn durch eine Analyse der Erlebnisse, bzw. auch der zugrundeliegenden Triebe, ist noch längst nicht die Persönlichkeit analysiert; wir können auf Grund häufig stattgehabter Reaktionen eines Menschen wohl schließen, wie er gegebenenfalls in einer bestimmten Situation wieder reagieren wird — jedoch kennen wir dadurch bei weitem noch nicht alle seine wesentlichen Persönlichkeitsgrundlagen. Nur mit deren Hilfe können wir aber gemeinsam mit ihm daran arbeiten, daß er fehlerhafte Reaktionsneigungen überwinden lernt, z. B. nicht krankhaft ausweicht, sondern sich einem Kampf oder Konflikt „stellt", daß er Mut gewinnt, wo er bisher verzagt war, und ruhige Überlegung, wo er früher aufgeregt floh. — Von der Erlebnisanalyse sind wir mehr und mehr zu einer biologischen Persönlichkeitsanalyse gekommen. Bei dieser geht es nicht an, deutend und symbolisierend „pars pro toto" zu setzen (vgl. das so betitelte Buch von *R. Bilz*), eine Methode,

die Berechtigung und Wert innerhalb der Erlebnisanalyse, darüber hinaus aber keine Forschungsmöglichkeiten hat. Persönlichkeitsanalyse im biologischen Sinne bedingt immer exakt naturwissenschaftliche Forschung und muß sich deren Methoden zunutze machen. Nur wenn wir außer dem Erbbild und Entwicklungsgang einer Persönlichkeit auch ihre Grundlagen und damit ihre Möglichkeiten kennen, nicht nur ihre Affekte und Triebe, sondern die elementaren Reaktionsneigungen oder Dispositionen, die Wurzelformen ihres konstitutionell gegebenen Kernes —, nur dann dürfen wir uns mit voller Zuversicht an das große Unterfangen wagen, das dem heutigen Psychotherapeuten Ziel aller seiner Bemühungen um den erkrankten Menschen sein soll: an den Neuaufbau der Persönlichkeit unter Ausnutzung ihrer anlagemäßigen Werte und Eindämmung ihrer Schwächen und Fehler, zum Zwecke der Gesundung des Einzelnen und seiner sinnvollen Eingliederung in die Gemeinschaft.

Es ist mit Recht gesagt worden, daß die aufbauende, menschenführende und -bildende Arbeit des Psychotherapeuten dem Wirken des Künstlers gleiche. Der Seelenarzt müht sich um die Formung des ihm anvertrauten Menschen zu dem Bilde hin, das als vollkommene „Idee" des Schöpfers in ihm beschlossen liegt. Aber so wie der Maler, dessen inneres Auge die Vollendung des geplanten Gemäldes doch schon intuitiv vorwegnimmt, auch die Maße und Maßverhältnisse seines Entwurfs, die Beschaffenheit der zu verwendenden Farben, Spachtel und Pinsel beachten muß — ohne daß das künstlerische Erlebnis des Schaffens oder der Wert des Kunstwerkes durch solche Kenntnisse und Überlegungen eine Einbuße erlitte —, ebenso ist die künstlerische Tätigkeit des echten Psychotherapeuten, in der er Menschen „nach dem Bilde Gottes" schafft, nicht beeinträchtigt, sondern in ihrem Wert gehoben durch exakte psychologische Kenntnisse. Wir glauben mit unserer, auch experimentalpsychologisch fundierten Persönlichkeitsanalyse und -synthese therapeutisch sehr viel weiter zu kommen als die „Erlebnisanalyse", die immer in Gefahr ist, sich in Einzelheiten zu verlieren.

Kretschmer sagt zusammenfassend:

„Das Wesentliche sehen wir heute in dem Gesamtaufbau der Persönlichkeit und ihrem Verhältnis zu ihrem Lebensraum im Ganzen. Seelische Verwicklungen entstehen in erster Linie dort, wo die Persönlichkeit in sich selbst oder mit ihrem Lebensraum uneins wird, wo also Konstitution und Persönlichkeitsschema, oder Persönlichkeit und Umweltforderungen auseinanderlaufen. Es führen sich so die komplizierten psychologischen Erscheinungen der Neurose letztlich auf die klare klinische Basis unserer festen naturwissenschaftlichen Grund-

begriffe, auf Instinkt und Konstitutionsradikale, auf das Problem des Lebenskampfes und der Umweltanpassung zurück.... Unsere ärztliche Aufgabe den psychogen erkrankten Patienten gegenüber ist somit klar vorgezeichnet: Die vorhandenen konstitutionellen Bestände an Persönlichkeitsmaterial, und ebenso sämtliche auf sie bezogene Bedingungen ihres Lebensraumes genau zu studieren, sie dem Patienten in einer ebenso einfühlenden als wahrhaftigen Weise zum Bewußtsein zu bringen. Mit den vorhandenen Beständen, so gut oder so gering sie sein mögen, muß ein in sich sinnvolles und echtes Persönlichkeitsbild neu aufgebaut und zu dem oft ärztlich zu verbessernden Lebensraum in eine tragbare Beziehung gebracht werden.... Man kann diese biologischen Einsichten ebensogut auch ins Geistige übersetzen. Nur auf diesem Weg wird die Persönlichkeit in sich selbst ethisch wertvoll, und nur so, durch Ausschaltung der unfruchtbaren inneren Reibungen, bekommt sie auch ihren besten Leistungswert für die menschliche Gemeinschaft." —

Wir wenden uns jetzt noch einigen experimentellen Methoden zu, die klinisch bereits bekannter und auch allgemein leichter anwendbar sind als die bisher beschriebenen. *Van der Horst* hat das *Jung*sche Assoziationsexperiment für konstitutionstypologische Untersuchungen aufgegriffen. Der Versuch besteht bekanntlich im stichwortartigen Zurufen einer Reihe von affektiv gleichgültigen Worten, unter die unauffällig „Reizworte" gemischt sind, also solche, bei denen man auf Grund der bisherigen klinischen Untersuchung und Beobachtung eine besondere affaktive Bedeutung für die Versuchsperson vermutet. Auf jedes Wort hin soll möglichst rasch die zuerst auftauchende Assoziation genannt werden. Aus Art und Dauer der Reaktionen lassen sich klinisch sehr wichtige Schlüsse ziehen, die den Gang der weiteren Behandlung wesentlich beeinflussen können. *Van der Horst* registrierte nun das Verhalten der Konstitutionstypen bei diesem Versuch und kam, wie schon erwähnt, u. a. zu einem Ergebnis, das unsere eigenen, vielfach erhärteten Befunde nochmals unterstreicht: es zeigte sich eine stärkere Perseverationsneigung der Leptosomen gegenüber den Pyknikern. Dieser konstitutionstypologische Befund hat nicht nur eine wissenschaftliche, sondern auch eine praktisch klinische Bedeutung. Bei der Anwendung des Assoziationsexperimentes in der Praxis ist es eine kleine Mühe, außer auf die komplexenthüllenden Reaktionen auch auf solche Perseverationserscheinungen vergleichend zu achten. Eine hierdurch gefestigte Konstitutionsdiagnose kann dem Arzt in der Gesamtbeurteilung des Falles wesentlich weiterhelfen, besonders was die Prognose anlangt. Er kann den Umfang seiner Beeinflussungsmöglichkeiten von vornherein um so richtiger einschätzen, je klarer er die

konstitutionell gegebenen Grundlagen erkennt, auf denen er psychotherapeutisch bei seinen Patienten aufzubauen hat. Nach den *Mauz*schen Untersuchungen über die Prognostik der endogenen Psychosen ist z. B. die Prognose für den pyknischen Schizophrenen im allgemeinen günstiger als für den leptosomen. — Umgekehrt würde eine starke Perseverationsneigung im Assoziationsversuch bei einem pyknischen Schizophrenen darauf hindeuten, daß auf psychischem Gebiet wiederum ausgesprochen schizoide Züge in der Konstitution verankert sind. Falls noch sonstige psychologische Befunde bei dem Kranken dem entsprechen, so müßte man die Prognose hier, trotz des pyknischen Körperbaus, vorsichtiger beurteilen. Dies ist natürlich nur ein klinisches Beispiel unter den vielen, aus denen die praktische Wichtigkeit einer sorgfältigen Konstitutionsbestimmung hervorgeht.

Noch weit umfassender und aufschlußreicher als beim Assoziationsexperiment (von dem hier allerdings nur ein Teilergebnis dargestellt werden konnte) sind die Ergebnisse in bezug auf die Gesamtpersönlichkeit beim Formdeuteversuch, der von dem verstorbenen Schweizer Psychiater *Rorschach* geschaffen wurde.

Unter den zahlreichen Grundfunktionen der Erfassens- und Erlebensvorgänge, die dieser Versuch greifbar macht, können hier nur einige wesentlichste genannt werden. Wir setzen sie der Begrenztheit des Raumes wegen in der Darstellung sogleich in Beziehung zu unseren eigenen, mit dem *Rorschach*-Versuch gewonnenen konstitutionstypologischen Ergebnissen. Neben dem Ausmaß der Schärfe, bzw. Unschärfe des Formsehens, das u. a. Aufschluß darüber gibt, ob wir es mit einem intelligenten Menschen, einem Pedanten, einem depressiv oder manisch Verstimmten zu tun haben, ist vor allem die Art und Weise wichtig, wie die Testbilder als Ganzes (G) oder in Teilen („Detail" = D) bzw. kleinsten Teilen („Kleindetail" = Dd) erfaßt werden. Durch die Bestimmung des Verhältnisses der Anzahl von Ganz-, Detail- und Kleindetailantworten in einem Protokoll wird der „Erfassungstyp" einer Vp. gekennzeichnet. Das Experiment hat empirisch gelehrt, daß relativ mehr Ganz- als Detailantworten vorwiegend von theoretisch und abstrakt denkenden Menschen gegeben werden, während Persönlichkeiten mit rein praktischer Begabung leichter darauf verzichten, zu jedem Bilde eine Ganzantwort zu geben, und schneller zu den Detailantworten übergehen. Eine Bestätigung dieses experimentellen Ergebnisses — und umgekehrt eine solche unserer bisher dargestellten konstitutionstypologischen Befunde — fanden wir bei einem Vergleich unserer Protokolle von zyklothymen Vpn. mit denjenigen der schizothymen Gruppe. Die Zyklothymen, die wir als die geborenen Praktiker kennen, die mehr das einzelne Konkrete als den

übergreifenden Sinngehalt eines Tatbestandes erfassen, schwenkten von den Ganzantworten sehr schnell zu den Detailantworten über. Unter den Schizothymen hingegen gab der größere Prozentsatz mehr Ganz- als Detailantworten. Ihrer Betrachtungs- und Auffassungsweise entspricht also auch hiernach mehr eine theoretisierende und abstrahierende Verarbeitung des Gegebenen. Damit ergibt sich bereits ein Einblick in bestimmte Seiten der Persönlichkeit, die im praktischen Leben wichtig sind und deren Kenntnis u. a. für eine zielsichere Berufsberatung oder für die Aufdeckung und Beseitigung von gewissen neurotischen Schäden (z. B. durch inadäquate berufliche Einstellung) unerläßlich ist. — Dieser aufschlußreiche psychodiagnostische Versuch bietet noch eine große Reihe weiterer Möglichkeiten, von dem experimentellen Ergebnis aus unmittelbar in das therapeutische Handeln einzutreten; sie müssen den Originalarbeiten *Rorschach*s entnommen werden.

Eine wesentliche Erweiterung unserer Analyse der Persönlichkeit verschafft uns die Feststellung, ob die Versuchsperson, abgesehen von den bisher erwähnten Deutungsarten, mehr Bewegungs- als Farbenantworten, gleichviele oder gar keine von beiden gibt. Bei der Bewegungsantwort wird aus dem Klecks nicht nur eine Form oder Gestalt, sondern dieselbe auch in Bewegung begriffen gesehen. Die Bewegungsantworten haben sich rein statistisch als Repräsentanten einer nach innen gewandten, autistischen, introversiven Erlebnisweise herausgestellt. Eine sicher fundierte Erklärung ihres Zustandekommens gibt es noch nicht. Nach unseren bisherigen Untersuchungen aber wird man so viel sagen dürfen, daß die Bewegungsdeutungen sehr komplexe Reaktionen sind, in denen sich vor allem die Neigung verrät, die Objekte der Außenwelt der eigenen autistischen Erlebnisweise entsprechend zu beseelen, eine Neigung, die ganz vorwiegend dem Schizothymen zukommt. Im Anschluß an diese und bereits früher erwähnte Versuchsergebnisse haben wir hinsichtlich der schriftstellerischen Begabung einige charakteristische Beispiele durchgeprüft und eindrucksvolle Parallelen zum Experiment gefunden; so ist, um nur ein Beispiel zu nennen, bei *Hölderlin* das Hervortreten bewegter Formschilderungen manchmal auffallend, wie in der „Herbstfeier" die Schilderung einer Gebirgslandschaft: „Und wie Wagen, bespannt mit Hirschen und Rehen, so ziehen die Berge voran, und so träget und eilet der Pfad". —

Zu den Bewegungsantworten stellt *Rorschach* die Farbenantworten, wie wir sie bei den bunten Tafeln erhalten, in Gegensatz. Er gliedert sie wieder in 3 Gruppen, und zwar je nachdem, ob bei der Deutung in erster Linie die Form und in zweiter Linie die Farbe oder ob umgekehrt in erster Linie die Farbe und in zweiter Linie die Form oder ob

endlich die Farbe allein für die Deutung determinierend war. Rein statistisch zeigt sich, daß die Anzahl dieser verschiedenen Farbendeutungen Aufschluß über die Art der Affektivität der deutenden Person gibt. Überwiegen die Deutungen, für die die Form determinierend war, so darf man auf Grund der statistischen Häufigkeit eine gute affektive Anpassungsfähigkeit annehmen. Überwiegen mehr die Deutungen, in denen die Farbe determinierend war, so müssen wir affektive Labilität, Reizbarkeit und Empfindlichkeit bei dem Pat. vermuten. Hat die Farbe allein die Deutung bestimmt, so handelt es sich meist um Personen mit mangelnder affektiver Anpassungsfähigkeit, egozentrischer oder autistischer Impulsivität.

Bei den Untersuchungen an den verschiedenen Konstitutionstypen fanden wir, daß die Pykniker bei ihren Antworten Form wie Farbe meist in gleicher Weise zur Deutung berücksichtigten, während die Leptosomen häufig nur durch die Farbe bedingte Deutungen gaben. Von den Pyknikern machten in dieser Hinsicht nur die an Manie erkrankten eine Ausnahme. Die Art der Farbdeutungen scheint nach unseren Beobachtungen wohl davon abzuhängen, ob die Vp. der Außenwelt mit gleichmäßiger assoziativer wie affektiver Einstellung gegenübersteht, das Gegebene so sieht, wie es ist, es also realistisch aufzufassen gewohnt ist, oder ob sie in autistischer Einstellung von den Objekten der Außenwelt das abzuspalten vermag und einfach unberücksichtigt läßt, was ihrer augenblicklichen inneren Lage nicht entspricht. Bei dem Manischen hingegen scheint uns das Nichtberücksichtigen der Form allein ein Symptom seiner Flüchtigkeit und gesteigerten Ablenkbarkeit zu sein, die ihm zu einer, seiner gewöhnlichen realistischen Auffassungsweise entsprechenden Deutung gar keine Zeit läßt.

Die Farbdeutungen liefern uns also einen recht brauchbaren Gradmesser des affektiven Rapportes einer Persönlichkeit. Auch der Inhalt der Farbdeutungen, also das, was gedeutet wird, ist für die Analyse von Wichtigkeit. Für die Auffindung von Komplexen ist es durchaus nicht gleichgültig, ob eine Person die roten Klexe z. B. als Feuer oder Blut oder als schöne Blumen u. ä. deutet. Gerade bei Neurotikern haben wir noch eine andere wichtige Erscheinung bei den Farbdeutungen zu beachten. Häufig kommt es vor, daß sie bei der ersten bunten Tafel längere oder kürzere Zeit einen affektiven wie assoziativen Stupor erleiden, einen förmlichen Schock bekommen. D. h. sie sind plötzlich in Verlegenheit und ratlos, sie wissen zunächst nichts mehr zu deuten, während sie bis dahin, bei den schwarzen Tafeln, ohne jede Schwierigkeit gedeutet hatten. Dieser sogenannte „Farbenschock“ weist je nach seinem Ausmaße gewöhnlich auf Affektscheu, Affektbeherrschung oder gar -verdrängung hin.

In diesem Zusammenhang sind noch die sogenannten „Helldunkeldeutungen" zu erwähnen. Bei ihnen sind nicht die Farben, sondern allein die Helligkeitsunterschiede, die Verteilung von Licht und Schatten, auf den schwarzen Tafeln für die Deutung bestimmend. *Rorschach* sagt in seiner von *Oberholzer* veröffentlichten Arbeit darüber: „Wer auffallende Helldunkeldeutungen hat, bei dem sind in den Inhalten dieser Deutungen wichtige Komplexmerkmale verborgen". Außerdem weisen die Helldunkeldeutungen auf ein starkes räumliches Vorstellungsvermögen und konstruktorisches Talent hin (*Rorschach*) und geben damit wieder Anhaltspunkte für die Beurteilung der Berufseignung und für die Berufsberatung.

Mit der wichtigste Faktor ist nun das gegenseitige Verhältnis der Bewegungs- zu den Farbenantworten, das uns über das Verhältnis der introversiven, auf Innerlichkeitsarbeit gewandten, zu den extratensiven, auf die Außenwelt gerichteten psychischen Funktionen eines Pat. Aufschluß gibt. *Rorschach* bezeichnet es als den „Erlebnistyp" eines Menschen. Es wird so gewonnen, daß die Anzahl der Bewegungs- und Farbenantworten gesondert festgestellt und nach einer bestimmten Formel verrechnet wird. Als vorwiegend introversiver Erlebnistyp gilt auf Grund der experimentellen Erhebungen diejenige Persönlichkeit, die mehr Bewegungs- als Farbenantworten gegeben hat. Die wesentlichsten psychischen Eigenschaften des Introversiven sind nach *Rorschach*: „Differenziertere Intelligenz, mehr Eigenproduktivität, mehr Leben nach innen, stabilisiertere Affektivität, weniger Anpassungsfähigkeit an die Realität, mehr intensiver als extensiver Rapport, gemessene, stabilisiertere Motilität, linkisches Wesen, Ungeschicktheit".

Hat jedoch ein Patient mehr Farben- als Bewegungsantworten gegeben, so handelt es sich nach *Rorschach* um einen vorwiegend extratensiven Erlebnistyp, bei dem besonders folgende Eigenschaften ausgeprägt zu sein pflegen: „Stereotypisiertere Intelligenz, mehr Reproduktivität, mehr Leben nach außen, labile Affektivität, mehr Anpassungsfähigkeit an die Realität, mehr extensiver als intensiver Rapport, erregte, labile Motilität, Gewandtheit und Geschicklichkeit".

Diese von Rarschach rein empirisch gewonnenen Typen konvergieren mit den *Jung*schen des intro- und extravertierten Menschen und, wie auch unsere eigenen Vergleichsuntersuchungen ergeben haben, mit den von *Kretschmer* aufgestellten Konstitutionsgruppen der Schizothymen und Zyklothymen. Nimmt man noch die *Pfahler*sche Typisierung der „festen" und der „fließenden" Gehalte und die Grundfaktoren der „Perseveration" und „Objektion" nach *Ach* hinzu, so kommt man zu einem natürlichen System von Menschengruppen, dessen Einheitlichkeit

durch die verschiedenen methodischen Ausgangspunkte der Forscher und durch einige differierende Einzelergebnisse doch im Ganzen nicht gestört wird. So ist dieser schlichte Formdeuteversuch ein wichtiges Hilfsmittel zur Ausformung einer umfassenden Konstitutionstypologie, die ihrerseits eine sicher brauchbare Unterlage für die psychologische Analyse des komplizierten Überbaues der Persönlichkeit, für die Charakterforschung, abgibt.

Andererseits haben gerade auch die Ergebnisse des *Rorschach*-Versuches, zusammen mit unseren Experimentaluntersuchungen der psychomotorischen, sinnes- und denkpsychologischen sowie affektiven Radikale, wesentlich dazu beigetragen, innerhalb der großen vorläufigen Zusammenfassung der „schizaffinen Konstitutionen" (*Kretschmer*) eine allgemeinpsychologisch und klinisch wichtige Differenzierung zu schaffen, die des athletischen Menschen. Wir haben aus unseren gesamten Untersuchungen einschließlich der eigenen *Rorschach*-Versuche dasjenige Forschungsmaterial herausgezogen, das gerade die Athletiker aus den anderen Konstitutionen heraushebt. Wir sind dabei, in Verbindung mit unseren sonstigen normal- und pathopsychologischen Beobachtungen, zu einem geschlossenen Bilde der Persönlichkeit der Athletiker gekommen, insoweit sie konstitutionstypisch bestimmt ist. Die sehr interessanten Einzelbefunde können hier nicht alle wiedergegeben werden, sie sind in der Monographie von *Kretschmer* und *Enke* nachzulesen. Aus der Zusammenfassung der wesentlichen Grundzüge in Bewegungsform, Denkweise und Gemütsart des Athletischen hat sich als für ihn charakteristisch das „visköse" Temperament ergeben. Die „Zähflüssigkeit" der seelischen Abläufe ist im Experiment u. a. in einer gesteigerten Perseverations- oder Beharrungstendenz in Erscheinung getreten, die aber besonders auf affektivem Gebiet eine erhebliche Unterschiedlichkeit von derjenigen der Leptosomen zeigt. So haben, im Gegensatz zu den letzteren, die Athletiker eine langsame affektive Ansprechbarkeit, zu der das langsame Einsetzen ihrer vegetativen Reaktionen bei pharmakodynamischen Untersuchungen mittels Adrenalin, Atropin und Pilokarpin in einer eindrucksvollen Parallele steht.

Im *Rorschach*-Versuch erweist sich die Gesamtaffektivität der Athletiker als etwas egozentrisch, aber durchaus anpassungsfähig (dies im Gegensatz zu den Leptosomen). Der Erlebnistyp ist vorwiegend eingeengt (wenig oder gar keine Bewegungs- und Farbenantworten) und in zweiter Linie ambiäqual (gleichgroße Anzahl Bewegungs- und Farbenantworten), mit leichter Betonung introversiver Momente. *Dubitscher* fand bei seinen *Rorschach*-Untersuchungen einen „egozentrisch-dilatierten" Erlebnistyp des Athletikers, der sich „auffallenderweise

mit der von *Rorschach* aufgestellten Formel für Epileptiker" deckte. Auch die von uns gewonnene Durchschnittsformel des athletischen Erlebnistypes entspricht derjenigen der Epileptoiden. Diese und noch andere, hier nicht einzeln aufzuführende Befunde zusammen betrachtet, beleuchten von der experimentellen Seite her die klinisch sehr wichtigen Beziehungen der Athletiker zum epileptischen Formkreis, wie sie sich rein zahlenmäßig in der Bearbeitung von *Westphal* ergeben haben: unter den drei großen endogenen Psychosegruppen haben die Epileptiker den größten Prozentsatz an Athletikern (28,9%); in zweiter Linie kommen die Schizophrenen mit 16,9%, während der Anteil der Manisch-Depressiven an Athletikern mit 6,7% ein ganz geringer ist. Im Hinblick auf die mehrdimensionale Begründung der Neigung zu epileptischen Anfällen drückt *Kretschmer* sich vorsichtig folgendermaßen aus: „Unter den sehr verschiedenartigen Faktoren, die zusammenwirkend epileptische Anfälle verursachen können, dürften auch solche sein, die beim Aufbau der athletischen Konstitution beteiligt sind".

Skalweit („Konstitution und Prozeß in der Schizophrenie") und *Stauder* („Konstitution und Wesensänderung der Epileptiker") sind in ihren grundsätzlich wichtigen Untersuchungen mittels des *Rorschach*-Testes der Frage der gegenseitigen Beeinflussung und Beziehung von Konstitution und Prozeß nachgegangen, die schon in den früher von uns erwähnten Beobachtungen von *Kibler* andeutungsweise enthalten war. Gewisse Divergenzen in den Endergebnissen dieser Forscher von unseren eigenen sind nur scheinbare; sie beruhen bei *Skalweit* im wesentlichen auf einer verschiedenen Auffassung der Bedeutung der reinen Farbantworten und des Begriffes „Erlebnistyp" nach *Rorschach*. *Enke* selbst hat auf Grund seiner *Rorschach*-Versuche, die gesunde und kranke Vertreter der Konstitutionstypen zunächst ungetrennt umfaßten, die Schlußfolgerungen *Rorschach*s eindeutig bestätigt gefunden: daß die allein durch die Farbe bestimmten Deutungen Repräsentanten einer mangelnden affektiven Anpassungsfähigkeit, einer egozentrischen oder autistischen Impulsivität sind. Wenn nun *Skalweit* u.a. eine Zunahme der Farbdeutungen im Verlauf des shizophrenen Prozesses feststellt, so widerspricht das nicht unseren eigenen Ergebnissen. Ob man diese Erscheinung, auch zusammengesehen mit den übrigen, den Prozeß begleitenden Abänderungen der konstitutionstypischen Normalverhältnisse, als „Verschiebung des Erlebnistypes" bezeichnen soll, ist eine Frage, die zunächst einmal eine begriffliche Klärung erfordern würde. Darum ist es uns aber hier nicht zu tun, vielmehr um die — wenn auch nur skizzenhafte — Darstellung des Forschungswertes einer experimentellen Methode.

Ein anderes und sehr wichtiges Problem, das *Skalweit* im Zusammenhang mit seinen Untersuchungsergebnissen behandelt, ist die Frage nach den Beziehungen zwischen Konstitution und schizophrenem Prozeß in ihrer praktisch rassenhygienischen Bedeutung. Es ist bekannt, daß die nordische Rasse vorzugsweise den schizaffinen Konstitutionen zuneigt. Würde man nun die Erblichkeit der Schizophrenie lediglich auf einen, gewissermaßen quantitativen Faktor im Sinne einer mehr oder weniger pathologischen Steigerung konstitutioneller (schizothymer) Wesenszüge zurückführen müssen, so läge nach *Skalweit* in dem Streben nach „Aufnordung" in letzter Konsequenz die Gefahr einer „Schizoidisierung" und einer Zu- statt Abnahme der Erkrankungsaussichten für die Schizophrenie. Unbeschadet einiger, von *Skalweit* zitierter Äußerungen *Kretschmer*s, die ein solches Mißverständnis seiner Auffassung von „Konstitution und Prozeß" heraufbeschwören konnten, möchten wir die Ansicht *Skalweit*s unterstreichen, die durch seine *Rorschach*-Versuche gestützt wird: daß es sich „lediglich um eine gewisse Disposition des schizothymen nordischen Rassetyps zur Erkrankung an Schizophrenie handelt, während die Erkrankung selbst erst und nur durch das Hinzutreten mindestens eines, gewissermaßen mehr oder weniger selbständig mendelnden Prozeßfaktors entsteht, der eben doch als eine Art „Fremdkörper" in die rassisch-konstitutionelle Persönlichkeit einbricht" und daß „... in diesem Falle Rassenauslese und Krankheitsausmerze ohne weiteres vereinbar sind". — Wir nehmen auf Grund unserer eigenen Forschungen nicht einmal „eine gewisse Disposition des schizothymen nordischen Rassetyps zur Erkrankung an Schizophrenie" an, sondern folgenden Vorgang: der Prozeßfaktor Schizophrenie findet sich selbständig mendelnd in den verschiedenen Rassen. Zur vollen Auswirkung seiner deletären Kraft kann er am ehesten gelangen, wenn er im Erbgang mit einer schizoiden Konstitution zusammentrifft. Dies entspricht völlig den Ergebnissen *Skalweit*s: „Je schizothymer die praepsychotische Konstitution, um so schwerer der schizophrene Defekt" — wobei wir vielleicht sagen würden: „je schizoider die praepsychotische Konstitution ...". Im normalen schizothymen Konstitutionskreis liegt u. E. keine „Disposition" zur Erkrankung an Schizophrenie im Sinne einer Affinität von Schizothymie und Prozeßfaktor Schizophrenie, vielmehr eine größere Empfindlichkeit der Struktur gegenüber dem destruierenden Prozeß, die zur Äußerung kommen muß, wenn ein unglückliches Zusammentreffen mit dem Prozeßfaktor erfolgt ist. In Analogie zu den bekannten konstitutionellen Anfälligkeiten auf körperlichem Gebiet: der Astheniker hat keine größere „Affinität" zur Tuberkulose als der Pykniker; auch bei dem letzteren gleitet der Tuberkelbazillus

nicht etwa ab, sondern muß verarbeitet werden. Jedoch hat der Astheniker auf Grund seines Körperbaus und seiner Gewebebeschaffenheit in dem unausweichlichen Kampf mit den Bazillen von vornherein einen geringeren Vorsprung als der Pykniker, daher der bei ihm häufigere deletäre Ausgang schon des tuberkulösen Primäraffektes und die größere Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffer an Tuberkulose überhaupt. Auf körperlichem Gebiet stellt nun der Astheniker ebenso den einen äußersten Flügel der Leptosomen dar, wie auf geistig-seelischem Gebiet der Schizoide zum Schizothymen steht. Die extremen Varianten werden aber innerhalb jeder Konstitution stets die anfälligsten sein. Es geht nicht an, im Hinblick auf sie den ganzen normalen Bereich einer Konstitutionsgruppe als besonders disponiert für eine Erkrankung zu betrachten. Die oben erwähnten rassehygienischen Bedenken gegen eine „Aufnordung" erscheinen uns demnach auch von unserem Standpunkt aus unbegründet. Bezüglich der Krankheitsausmerze innerhalb der Rassenauslese liegen vielmehr die Verhältnisse um so günstiger, je reiner, „typischer" die Krankheitsbilder sind. Nicht eine Vermehrung der Schizophrenie würden wir im Gefolge einer „Aufnordung" erwarten, sondern u. a. die Möglichkeit, den Prozeßfaktor sicherer erfassen und ausmerzen zu können, als in rassisch gemischteren Bevölkerungsgruppen. Es würden also Rassenauslese und Krankheitsausmerze Hand in Hand gehen; im Zuge einer bewußten Züchtung der hochwertigen nordischen Rasseeigenschaften, einer Auslese, kann zugleich die Ausmerze der herausmendelnden biologischen Minusvarianten in verstärktem Maße erfolgen.

Auf das bereits vielfach bearbeitete Problem der Beziehungen zwischen Konstitution und Rasse können wir hier nicht näher eingehen. Im Sinne des Ausspruches von *E. Fischer*: „der Rassetyp schaut durch das betreffende Konstitutionsgewand", und umgekehrt, sind wir der Ansicht, daß jede Fragestellung, ob sich Rasse- und Konstitutionstyp „decken" oder nicht, überflüssig ist. Beide Typologien sind notwendig, sie liegen aber in verschiedenen Ebenen des biologischen Werdens und Geschehens und sind daher nicht einfach „vergleichbar". Für aussichtsreich würden wir es halten, wenn die Rasseforschung die experimentalpsychologisch gewonnenen und erbbiologisch bestätigten Radikale aufgriffe, um die Art und Häufigkeit ihres Zusammentreffens bei den einzelnen Rassen festzustellen.

Wir waren vom *Rorschach*-Versuch ausgegangen. Die mit ihm gewonnenen Ergebnisse haben uns mitten in die zentralen Probleme der psychiatrischen Klinik geführt und in solche Gebiete des völkischen Lebens, für die sie weitgehend verantwortlich ist. Eine rege Mitarbeit besonders derjenigen Psychiater, denen ein umfangreiches Kranken-

material zur Verfügung steht, wäre sehr zu begründen, um diese und noch manche andere experimentalpsychologische Methode auf ihre großen Möglichkeiten hin auszuschöpfen.

Der *Rorschach*-Versuch als ausgesprochen „psychodiagnostische" Untersuchung ist besonders geeignet, durch differenzierte Diagnostik und Prognostik bestimmend auf die Therapie einzuwirken. Jedoch gilt das gleiche für unsere sämtlichen experimentalpsychologischen Methoden, sofern sie von geübter Hand und mit geschultem Blick angewandt und ausgewertet werden. Denn dies eine muß klar sein: experimentelle Konstitutionstypologie kann man nicht etwa dilettantisch betreiben. Sie ist ein Forschungsgebiet mit höchster Verantwortlichkeit nach allen Seiten hin und muß dementsprechend auf das Gewissenhafteste gehandhabt werden. Um nur einige Beispiele der praktischen Verwendung ihrer Ergebnisse, außer der rein klinischen, herauszugreifen, nennen wir u. a. die Berufsberatung, die Pädagogik im weitesten Sinne, schließlich als wichtigstes die Erbforschung und die auf ihr aufbauende Erb- und Rassenpflege. Die Kenntnis der konstitutionstypologischen experimentellen Methoden kann dem Berufsberater zu zielsicheren Entscheidungen verhelfen, die für den Einzelnen wie auch in jedem Falle für die Allgemeinheit von weittragenden günstigen Folgen sind. Wenn wir z. B. in unseren Versuchen die Auffassungsweise eines angehenden Studenten als vorwiegend „abstraktiv", analysierend, und seine Verarbeitungsweise als „perseverativ", zäh beharrlich, kennengelernt haben — und wenn diese Ergebnisse mit der gesamten Persönlichkeitserfassung übereinstimmen —, dann werden wir ihm nicht zu einem der Studienfächer raten, in deren Gebieten es vor allem auf anschauliche Beschreibung, besonders große Umstellungsfähigkeit u. dgl., ankommt. Sehr viele seelische und seelisch- körperliche Schäden, die durch falsche Einordnung in das Berufsleben bedingt werden, lassen sich mit Hilfe der konstitutionstypologisch-experimentellen Methodik von vornherein verhüten oder auch wieder beseitigen; ebenso solche, die durch irgendeine andere Inkongruenz von Konstitution und Lebensraum einer Persönlichkeit zustande kommen, die leider recht häufigen „Konfliktsneurosen der Temperamente" (*Enke*). Ihre Betrachtung lenkt unseren Blick auf das weite Feld der psychischen Hygiene innerhalb der allgemeinen Gesundheitsführung, die sämtliche Aufbaubestandteile der Volksgemeinschaft bis hin zu ihrer völkisch-sozialen Keimzelle, der Familie, betrifft. Hier hat die Konstitutionstypologie, als eine naturwissenschaftlich gesicherte Grundlage für die Erforschung des Charakters und damit auch der zwischenmenschlichen Beziehungen, ein sehr wichtiges Wort zu reden. Ihre Ergebnisse sind, wie ihre äußerst erfolgreiche Anwendung in der seeli-

schen Führung gesunder wie kranker Menschen — im leider nur zu engen Kreis der *Kretschmer*schen Schule — seit mehr als einem Jahrzehnt gezeigt hat, bei geübter und sorgfältiger Handhabung von bedeutender Auswirkung auf die seelische und damit auch körperliche Gesundheit ganzer Gruppen, für die Arbeitsleistung des Einzelnen wie der Betriebe, für den Gemeinschaftsgeist und die Lebensbejahung schlechthin, die ja innerhalb eines Volkes Grundbedingungen für sein Wachstum und seine Leistungssteigerung sind. Es wäre im Interesse unserer Volksgesundheit in Krieg und Frieden zu wünschen, daß der konstitutionstypologischen Forschung ein Platz zugewiesen würde, von dem aus sie erst ihre volle Wirksamkeit entfalten könnte. Als notwendig ist dabei anzusehen, daß jeder Medizinstudierende (und natürlich jeder Psychologe) im Verlaufe seiner Ausbildung eine Einführung in die experimentellen Methoden der Konstitutionstypologie ebenso erhält, wie er ja auch mit den experimentellen Methoden der Physiologie, Pathophysiologie und Klinik vertraut gemacht wird. Die experimentalpsychologische Forschung erfordert große Subtilität in der Anwendung und ein hohes Verantwortungsbewußtsein in der Auswertung; daher erscheint sie ganz besonders geeignet, den allenthalben spürbaren Drang nach synthetischer Schau, dem zu folgen es mitunter auch leichter und bequemer ist als exakt zu arbeiten, diesen an sich notwendigen Drang auf das richtige Maß einzuschränken. Denn, wie *Goethe* über das Verhältnis von Analyse und Synthese sagte: „Nur beide zusammen, wie Aus- und Einatmen, machen das Leben der Wissenschaft". —

Schrifttumverzeichnis

Ach, N., „Beiträge zur Lehre von der Perseveration". Erg. Bd. 12. Z. f. Psychol. 1926. — *Ders.*, „Finale Qualität (Gefügigkeitsqualität) und Objektion". Erg.-Bd. II. Arch. f. d. ges. Psychol. 1932. — *Ders.*, „Analyse des Willens." Berlin-Wien 1935. — *Bier, A.*, „Die Seele". München 1935. — *Carmena, M.*, „Ist die persönliche Affektlage oder „Nervosität" eine ererbte Eigenschaft?" Z. Neur. 150. (1934). — *Ders.*, „Schreibdruck bei Zwillingen". Z. Neur. 152. (1935). — *Dorer, M.*, „Charakter und Krankheit". Berlin 1939. — *Dubitscher, F.*, „Der Rorschachsche Formdeuteversuch als diagnostisches Hilfsmittel". Z. Neur. 138. (1932). — *Engel, P.*, „Über die teilinhaltliche Beachtung von Farbe und Form". Z. pädag. Psychol. 36. (1935). — *Enke, E.*, „Goethes Bedeutung für die modernen Naturwissenschaften". Neue Jahrb. f. Wissensch. u. Jugendbildg. H. 5. (1932). — *Enke, W.*, „Konstitutionsbiologische Methoden". u. „Psychologische Methoden I. Untersuchungen auf Wurzelformen". — „Motorik und Psychomotorik" sowie „Körperbau und Charakter. Spezieller Teil" in: Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Bd. 2, herausg. v. *G. Just.* Berlin 1940. — *Ders.*, „Die Psychomotorik der Konstitutionstypen". Leipzig 1930. — *Ders.*, „Konfliktsneurosen der Temperamente". Z. Neur. 165. (1938). — *Ders.*, „Die Bedeutung des Rorschachschen Formdeutever-

suches für die Psychotherapie". Sitz.-Ber. d. Ges. z. Beförd. d. ges. Naturwiss. zu Marburg. 62. (1927). — *Enke, W.* u. *E. Hildebrand*, „Erfassungs- und Aussageform bei den Konstitutionstypen". Z. menschl. Vererb.- u. Konstit.lehre. 24. (1940). — *Ewald, G.*, „Temperament und Charakter". Berlin 1932. — *Frischeisen-Köhler, J.*, „Das persönliche Tempo". Leipzig 1933. — *Gottschaldt, K.*, „Erbpsychologie der Elementarfunktionen der Begabung". In: Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Bd. 5 herausg. v. *G. Just.* Berlin 1939. — *Hoffmann, H. F.*, „Erbpsychologie der Höchstbegabungen". In: Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Bd. 5. Berlin 1939. — *Jung, C. G.*, „Psychologie der unbewußten Prozesse". Zürich 1918. — *Ders.*, „Psychologische Typen". Zürich 1921. — *Klages, L.* „Handschrift und Charakter". Leipzig 1926. — *Ders.*, „Grundlagen der Charakterkunde". Leipzig 1936. — *Kraepelin, E.*, „Psychologische Arbeiten". Leipzig 1894—1924. — *Kretschmer, E.*, „Körperbau und Charakter". Berlin 1940. — *Ders.*, „Medizinische Psychologie". Leipzig 1938. — *Ders.*, „Körperbau und Charakter. Allgemeiner Teil". In: Handbuch der Erbbiologie des Menschen Bd. 2, herausg. v. *G. Just.* Berlin 1940. — *Ders.*, „Goethe und die Biologie". Mitteilgen Univ.-Bund Marburg (1932). — *Kretschmer, E.* u. *Kehrer, F.*, „Die Veranlagung zu seelischen Störungen". Berlin 1924. — *Kretschmer, E.*, u. *W. Enke*, „Die Persönlichkeit der Athletiker". Leipzig 1936. — *Kroh, O.*, „Experimentelle Beiträge zur Typenkunde". Erg.-Bd. 14, 22 u. 24. Z. Psychol. (1929, 1932 u. 1934). — *Ders.*, „Psychologische Methoden II. Methodische Erschließung spezifischer Begabungsgrade und Begabungsrichtungen". In: Handbuch der Erbbiologie des Menschen Bd. 2, herausg. v. *G. Just.* Berlin 1940. — *Loebell, H.*, „Experimentelle Untersuchungen der Befehlsstimme". Hals-Nasen-Ohren-Arzt. 27. (1936). — *Ders.*, „Stimmcharaktere und *Kretschmer*sche Typen". Z. Laryng. 23. (1932). — *Mall, G.*, „Die konstitutionstypischen Faktoren der Musikbegabung". Z. menschl. Vererb.- u. Konstit.lehre. 24. (1940). — *Pfahler, G.*, „System der Typenlehren". Erg.-Bd. 15. Z. Psychol. 1929. — *Ders.* „Vererbung als Schicksal". Leipzig 1932. — *Ders.*, „Warum Erziehung trotz Vererbung?" Leipzig 1935. — *Rorschach, H.*, „Psychodiagnostik". Bern 1932. — *Skalweit, W.*, „Konstitution und Prozeß in der Schizophrenie". Leipzig 1934. — *Spranger, E.*, „Lebensformen". Halle 1924. — *Stauder, K. H.*, „Konstitution und Wesensänderung der Epileptiker". Leipzig 1938. — *Stumpfl, F.*, „Erbpsychologie des Charakters". In: Handb. d. Erbbiol. d. Menschen. Bd. 5. Herausg. v. *G. Just.* Berlin 1939. — *Veraguth, O.*, „Das psychogalvanische Reflexphänomen". Berlin 1909. — *Wundt, W.*, „Physiologische Psychologie". Leipzig 1903. — *Zerbe, E.*, „Seelische und soziale Befunde bei verschiedenen Körperbautypen". Arch. Psychiatr. 88. (1929).

Kleine Mitteilungen

Abgabebeschränkung für weibliche Geschlechtshormone und andere Arzneimittel

Der Reichsminister des Innern hat unter dem 13. März eine Verordnung erlassen, durch die Stoffe mit den Wirkungen der weiblichen Geschlechtshormone, Chininpräparate und einige sonstige Gruppen von Arzneimitteln unter strenge Rezeptpflicht und Apothekenpflicht gestellt werden. Die Verordnung erging im Zusammenhang mit dem unter dem 21. Januar herausgegebenen Verbot von Abtreibungs- und Verhütungsmitteln (vgl. „Deutsches Ärzteblatt", Heft 9, 1941, S. 105):

a) Weibliche Geschlechtshormone (Follikelhormon, Corpus luteum-Hormon), Pflanzenstoffe sowie synthetische und halbsynthetische Stoffe mit den Wirkungen der weiblichen Geschlechtshormone (z. B. Abkömmlinge des Östrans und des Stilbens, ferner Di-[p-oxy-phenyl]-hexen) sowie Zubereitungen, die die genannten Stoffe enthalten.

b) Chinin, seine Salze, seine Verbindungen und ihre Salze, sowie die Zubereitungen dieser Stoffe dürfen in den Apotheken nur auf eine mit Datum, Gebrauchsanweisung und Unterschrift versehene Verschreibung eines Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes — in letzterem Falle nur zum Gebrauch in der Tierheilkunde — abgegeben werden.

Von der Vorschrift sind ausgenommen:

a) weibliche Geschlechtshormone enthaltende Zubereitungen nur zur Verfütterung an Geflügel,

b) Zubereitungen (nach Buchstabe b) zum Gebrauch auf der äußeren Haut,

c) Zubereitungen (nach Buchstabe b) zum inneren Gebrauch, wenn sie in der üblichen Einzelabgabe nicht mehr als 0,05 g Chininbase — bei zusammengesetzten Arzneien nicht mehr als 0,1 g Chininbase — enthalten und dies auf der Packung kenntlich gemacht ist. Für die Kenntlichmachung wird eine Übergangsfrist von sechs Monaten gewährt.

Stoffe und Zubereitungen in Form von Fertigwaren, die

a) zur Einführung in die Scheide (Vagina) bestimmt sind,

b) zur Behebung der Amenorrhoe (Blutstockung) bestimmt sind, auch wenn sie als Mittel gegen Regel-, Perioden- oder Menstruationsstörungen angekündigt werden,

dürfen in den Apotheken zur Anwendung am Menschen nur auf eine mit Datum, Gebrauchsanweisung und Unterschrift versehene Verschreibung eines Arztes abgegeben werden.

Die wiederholte Abgabe der oben genannten Erzeugnisse ist nur gestattet, wenn die Wiederholung in der Verschreibung für zulässig erklärt und dabei vermerkt ist, wie oft und bis zu welchem Zeitpunkt sie stattfinden darf.

Die Abgabe oder die wiederholte Abgabe der genannten Erzeugnisse ist auf der Verschreibung durch Aufdruck des Stempels der Apotheke unter Angabe des Tages der Abgabe kenntlich zu machen.

Der Reichsminister des Innern kann von den Vorschriften dieser Veranordnung in begründeten Fällen Ausnahmen zulassen.

Wer vorsätzlich oder fahrlässig dieser Polizeiverordnung, die am 1. April

in Kraft tritt, zuwiderhandelt, wird mit Geldstrafe bis zu 150 Reichsmark oder mit Haft bis zu sechs Wochen bestraft.

Tagung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater 1941

Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater wird vom 5.—7. Oktober 1941 in Würzburg tagen.

Referate:

1) Suggestion und Training. Referenten: *E. Kretschmer*, Marburg und *J. H. Schulz*, Berlin.
2) Therapie der Psychosen. Referenten: *Carl Schneider*, Heidelberg und *W. Enke*, Bernburg.
3) Kriegserfahrungen bei Verletzungen des Gehirns. Referenten: *K. Kleist*, Frankfurt a. M., *G. Schaltenbrand*, Würzburg, *H. Spatz*, Berlin und *W. Tönnis*, Berlin.

Anmeldung von Vorträgen mit kurzer Inhaltsangabe (gemäß § 11 Abs. 4 der Satzung) bis spätestens 7. August erbeten an den Geschäftsführer Prof. Dr *Creutz*, Düsseldorf-Grafenberg, Bergische Landstraße 2.

Persönliches

Berlin: Dr. med. habil. *Eberhard Bay* ist unter Zuweisung an die Med. Fakultät der Universität Berlin zum Dozenten für das Fach Neurologie und Psychiatrie ernannt worden.

Breslau: Prof. Dr. *V. von Weizsäcker*, Heidelberg wurde zum Nachfolger von Prof. Dr. *O. Förster* berufen.

Prov. MdRt a. D. Sanitätsrat Dr. *R. Lehmann* z. Z. Städtisches Krankenhaus Nord, Breslau konnte seinen 70. Geburtstag feiern.

Hamburg: Dr. med. habil. Dr. phil. *R. Jansen* wurde zum Dozenten für Neurologie ernannt.

Stuttgart: Der Direktor der HuPfAnstalt Illenau Dr. *Hans Roemer* wurde auf Antrag in den Ruhestand versetzt und ihm der Dank für seine dem deutschen Volk geleisteten treuen Dienste ausgesprochen.

Tübingen: Dr. med. habil. *Gotthold Heckh* ist unter Zuweisung an die Med. Fakultät der Universität Tübingen zum Dozenten für das Fach Rassenkunde und Rassenhygiene ernannt worden.

Wien: Prof. Dr. *O. Gagel* wurde zum Leiter der Neurologischen Abteilung der städtischen Allgemeinen Poliklinik berufen. Dozent Dr. *A. Auersperg* von der Psychiatrisch-neurologischen Klinik der Univ. Wien wurde als Leiter der Wiener städt. Nervenheilanstalt in Döbling verpflichtet.

Würzburg: Dr. med. habil. *Hans Wolff* wurde zum Dozent für innere Medizin und Neurologie ernannt.

Breslau: Dr. *Otfried Förster*, emer. ord. Professor der Neurologie an der Universität Breslau, ist gestorben.

Stralsund: Sanitätsrat Dr. *W. Horstmann*, Obermedizinalrat i. R., ehemaliger Direktor der Landesheilanstalt Stralsund, ist gestorben.

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete" nimmt einschlägige Originalarbeiten auf und veröffentlicht sie möglichst in der Reihenfolge des Eingangs. Arbeiten, die nicht länger als ein halber Druckbogen sind, werden im Erscheinen bevorzugt. Der Unkostenersatz für den Verfasser beträgt für den 16-seitigen Druckbogen RM. 24.—. Die Zeitschrift erscheint in zwangloser Folge in Heften; vier Hefte bilden jeweils einen Band von ungefähr 28 Druckbogen; jährlich erscheinen etwa drei Bände. Der Preis eines Bandes beträgt RM. 25.—, für die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater RM. 20.— (außerhalb Deutschlands ermäßigt sich, solange keine andere Regelung getroffen wird, der Preis um 25%, sofern in Devisen oder freien Reichsmark gezahlt wird).
Bestellungen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes oder direkt an den Verlag.
Beiträge sowie Veröffentlichungen, die in der Zeitschrift besprochen werden sollen, sind ausschließlich zu richten an den Herausgeber

Direktor Dr. Hans Roemer, Stuttgart O., Gerokstraße 51.

Für die Verfasser von Literaturübersichtsberichten und Besprechungen von Büchern, Sonderabzügen und Jahresberichten gelten besondere Bestimmungen.
Es wird ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, daß mit der Annahme des Manuskriptes und seiner Veröffentlichung durch den Verlag das ausschließliche Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder an den Verlag übergeht, und zwar bis zum 31. Dezember desjenigen Kalenderjahres, das auf das Jahr des Erscheinens folgt. Es können also grundsätzlich nur Arbeiten angenommen werden, die vorher weder im Inland noch im Ausland veröffentlicht worden sind.
Bei Arbeiten aus Kliniken, Anstalten, Instituten usw. ist eine Erklärung des Direktors oder eines Abteilungsleiters beizufügen, daß er mit der Veröffentlichung der Arbeit einverstanden ist und den Verfasser auf die Aufnahmebedingungen aufmerksam gemacht hat.
Die Verfasser erhalten von ihrer Arbeit je 40 Sonderdrucke kostenfrei, weitere (bis zu 160 Stück) gegen die übliche billige Berechnung der Mehrkosten, falls sie diese bei der Rücksendung der ersten Korrektur bestellen.
Alle nichtredaktionellen Angelegenheiten, die die Zeitschrift betreffen, erledigt

Verlag Walter de Gruyter & Co., Berlin W 35, Woyrschstraße 13

Aufnahmebedingungen.

1. Die Beiträge müssen dem Gebiet der Zeitschrift angehören und wissenschaftlich wertvoll sein. Arbeiten, die ausschließlich polemischen Inhalt haben, werden nicht aufgenommen. Bemerkungen, die ohne neue Belege lediglich Angaben eines Verfassers richtigstellen sollen, werden diesem vorgelegt.
2. Die Beiträge sollen klar, kurz und in gutem Deutsch abgefaßt sein und druckreif, möglichst in Maschinenschrift geschrieben eingesandt werden.
3. Auf eine ausführliche geschichtliche Einleitung kann stets verzichtet werden.
4. Über jede Art von Tatbestand (Krankengeschichte, Sektionsbefund, Versuchsergebnis) ist in der Regel nur eine Niederschrift als Beispiel in knappster Form wiederzugeben; nötigenfalls können die übrigen Beweismittel im Text oder in Tabellenform gebracht werden. Es empfiehlt sich, in einer Fußnote mitzuteilen, an welcher Stelle (Anstalt, Klinik, Institut) die gesamten Beweismittel zur Einsicht oder Anforderung niedergelegt sind.
5. Abbildungen sind auf die notwendigste Zahl zu beschränken, die Vorlagen dazu auf gesondertem Blatt in einer Form, die sich für die unmittelbare Wiedergabe eignet, zu liefern und so ausreichend zu beschriften, daß sich die eingehende Beschreibung im Text erübrigt. Eine doppelte Mitteilung von Ergebnissen in Tabellenform und in Abbildung ist ausnahmslos unzulässig.
6. Jedem Beitrag ist in der Regel am Schluß eine Zusammenfassung der Ergebnisse beizufügen.
7. Das Schrifttum ist am Ende der Arbeit anzuführen; die Angaben, die nur im Text berücksichtigte Arbeiten enthalten dürfen, erfolgen ohne Titel der Arbeit nur mit Band-, Seiten-, Jahreszahl; Titelangaben sind nur bei Büchern zulässig; bei den Titelabkürzungen der medizinischen Zeitschriften ist das Verzeichnis der „Periodica Medica" 3. Aufl. 1937 (Georg Thieme, Leipzig) zu benützen.
   An Dissertationen werden nach Form und Inhalt dieselben Anforderungen gestellt wie an die anderen Arbeiten. Danksagungen an die Leiter von Kliniken, Anstalten, Instituten usw. werden nicht abgedruckt; in einzeiliger Fußnote kann dagegen mitgeteilt werden, wer die Arbeit angeregt und geleitet oder wer die Mittel dazu gegeben hat.

EDUARD KAUFMANN

Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie

für Studierende und Ärzte

2 Bände. 9./10. Auflage. 1931/40

1. BAND:

Zirkulationsorgane / Blut und Lymphe / Blutbildende Organe / Respirationsorgane / Verdauungsorgane. Mit 506 Abbildungen im Text und auf dreifarbigen Tafeln, zuallermeist nach Originalzeichnungen des Verfassers. V, 990 Seiten. 1931. RM 55.—, geb. RM 60.—.

2. BAND:

Erster Teil: 1. Lieferung: Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Sehnenscheiden, Schleimbeutel. Mit 247 Abbildungen im Text. Bearbeitet von Georg B. Gruber, Göttingen. Hierzu: Literaturangaben. 1938. Zus. RM 30.—.

2. Lieferung: Geschlechtsorgane. Mit 132 Abbildungen im Text. Bearbeitet von H. Gögl und F. J. Lang, Innsbruck. Hierzu: Literaturangaben. 1940. Zus. RM 30.—.

3. Lieferung: Ableitende Harnorgane. Mit zahlr. Abbildungen im Text. Bearbeitet von Rudolf Hückel, Berlin. Hierzu: Literaturangaben. 1941. Erscheint im Sommer 1941.

Zweiter Teil: Literaturangaben zum 1. Band. 206 Seiten. 1932. RM 10.80.

. . . das K'sche Buch wird in jedem Falle, wie ich es schon verschiedentlich betonte, für die kommende Zeit weder den Pathologen noch einer großen Anzahl von Klinikern und praktischen Ärzten entbehrlich sein. *Klinische Wochenschrift. Nr. 26. 1940.*

. . . es bleibt nach wie vor „die Bibel“ des Pathologen, und ist sicher für den Kliniker, der sich auf dem Gebiet der pathologischen Anatomie unterrichten will, das beste Nachschlagewerk. *Kongreßzentralblatt für die gesamte innere Medizin. Nr. 3. 1940.*

VERLAG WALTER DE GRUYTER & CO · BERLIN W 35

Anzeigenpreise n. Tarif 3. — Verantwortl. f. d. Anzeigenteil: Kurt Dittrich, Berlin.


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06221 2488



